





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

**SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS**





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL
DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR**

FEBRERO, 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031



ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO DEL MANUAL	2
II. MARCO JURÍDICO	3
III. PROCEDIMIENTOS	8
1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA.	8
2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.	31
IV. APROBACIÓN DEL MANUAL	41

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 1 de 41

INTRODUCCIÓN



El presente manual de procedimientos del Departamento de Rehabilitación Pulmonar establece las herramientas que sirven de guía y apoyo para el personal del área en el ejercicio de sus funciones con respecto a su desempeño como personal de salud que brinda atención especializada mediante el Programa de Rehabilitación Pulmonar.

El manual ha sido realizado por la persona titular del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, con la asesoría del Departamento de Planeación y autorizado por la Subdirección de Atención Médica Neumológica y la Dirección Médica conforme a las necesidades del área y de acuerdo a la normatividad vigente. Dicho manual estará disponible para consulta en el portal Institucional.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 2 de 41

I. OBJETIVO

Establecer las políticas de operación, normas y descripción de actividades que se llevan a cabo en el Departamento de Rehabilitación Pulmonar, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que lo integra para la implementación del Programa de Rehabilitación Pulmonar y aquellos que lo solicitan.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 3 de 41

II. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DOF 05-02-1917. Última reforma publicada DOF 18-11-2022.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

DOF 29-12-1976. Última reforma publicada DOF 09-09-2022.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

DOF14-05-1986. Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

DOF 26-05-2000. Última reforma publicada DOF 11-05-2022.

Ley General de Protección Civil.

DOF 06-06-2012. Última reforma publicada DOF 20-05-2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

DOF 11-06-2003. Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.



DOF 26-01-2017.

Ley General de Salud.

DOF 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 16-05-2022.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

DOF 04-08-1994. Última reforma publicada DOF 18-05-2018.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 4 de 41

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

DOF 18-07-2016. Última reforma publicada DOF 22-12-2022.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

DOF 29-06-1992. Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

Ley Federal de Austeridad Republicana.

DOF 19-11-2019. Última reforma publicada DOF 02-09-2022. Sentencia SCJN.

Ley General de Archivos.

DOF 15-06-2018. Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

DOF 02-08-2006. Última reforma publicada DOF 31-10-2022.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

DOF 01-02-2007. Última reforma publicada DOF 18-10-2022.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

DOF 25-06-2002. Última reforma publicada DOF 10-05-2022.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

DOF 30-05-2011. Última reforma publicada DOF 06-01-2023.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

DOF 09-05-2016. Última reforma publicada DOF 20-05-2021.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



DOF 04-05-2015. Última reforma publicada DOF 20-05-2021.

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción

DOF 18/07/2016 . Última reforma publicada DOF 20-05-2021.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

DOF 11/03/2006 Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 5 de 41

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
DOF 29-06-1992 Última reforma publicada DOF 19-01-2023.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.
DOF 26-05-1928. Última reforma publicada DOF 11-01-2021.

Código Federal de Procedimientos Civiles.
DOF 24-02-1943. Última reforma publicada DOF 18-02-2022, Sentencia SCJN.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
DOF 26-01-1990. Última reforma publicada DOF 23-11-2010.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
DOF 11-06-2003.



Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
DOF 11-03-2008. Última reforma publicada DOF 14-03-2014.

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.
DOF 23-09-2013.

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.
DOF 13-05-2014. Última reforma publicada DOF 09-12-2015.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.
DOF 05-04-2004, Última reforma publicada DOF 17-12-2014.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las personas con Discapacidad.
DOF 30-11-2012.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 6 de 41

DECRETOS

Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública.

DOF 12-03-1997. Última reforma publicada DOF 20-07-2016.

Decreto para realizar la entrega-recepción del Informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.

DOF 14-09-2005.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

DOF 12-07-2019.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

DOF 17-08-2020.



Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.

DOF 12-11-2019.

LINEAMIENTOS

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento y trámite de las solicitudes de acceso a la información gubernamental que formulen los particulares, así como en su resolución y notificación, y la entrega de la información en su caso, con exclusión de las solicitudes de acceso a datos personales y su corrección; y los lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.

DOF 18-08-2015.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
			Hoja 7 de 41



Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos.
DOF 03-07-2015.

Lineamientos en materia de Austeridad Republicana de la Administración Pública Federal.
DOF 18-09-2020.



DOCUMENTOS NORMATIVOS

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
05-11-2020.

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
17-10-2022.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 8 de 41

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 9 de 41

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos de atención de los diferentes profesionales de la salud que colaboran para implementar el Programa de Rehabilitación Pulmonar individualizado, de pacientes ambulatorios.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable a todas las personas servidoras públicas del Departamento de Rehabilitación Pulmonar.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es aplicable a las personas usuarias que soliciten los servicios del Departamento de Rehabilitación Pulmonar o sean referidos de otros servicios de atención médica de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.



3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, será responsable de mantener actualizado este manual en colaboración con las personas adscritas, quienes deben cumplir este procedimiento, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 Todos/as los/as pacientes que requieran ser atendidos/as en el Departamento de Rehabilitación Pulmonar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 10 de 41

adelante el INER, deberán acudir con formato INER-EC-08 solicitud de la interconsulta debidamente requisitado, volante de cita de primera vez o subsecuente.

- 3.4 Es responsabilidad del personal administrativo verificar que el/la paciente cuente con expediente clínico institucional de lo contrario lo tendrá que referir a la preconsulta de neumología para apertura de expediente clínico.
- 3.5 Para recibir la atención médica ambulatoria que proporciona el personal médico rehabilitador, los/as pacientes deben cumplir los siguientes requisitos:
 - 3.5.1 Estar sintomáticos y hemodinámicamente estables.
 - 3.5.2 Contar con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda, crónica o ser susceptible a desarrollar complicaciones respiratorias (quirúrgicos, neuromusculares o debilidad adquirida en hospitalización prolongada).
 - 3.5.3 Poder movilizarse e iniciar técnicas dinámicas con tratamiento óptimo.
- 3.6 Todo/a paciente ambulatorio/a pediátrico o adulto, referido/a de primera vez, deberá ser valorado/a por personal médico rehabilitador pulmonar de este Departamento.
- 3.7 El personal médico rehabilitador pulmonar deberá valorar si es oportuno brindar atención a pacientes con los siguientes diagnósticos:
 - Angina Inestable
 - Infarto al miocardio reciente (un mes)
 - Patología cardiovascular que límite la actividad y/o el ejercicio
 - Patología psiquiátrica no controlada
 - TB activa
 - Hemorragia alveolar masiva
 - Hemóptisis franca
 - Influenza
 - PostCOVID
 - Pacientes con dificultad para la realización del programa de rehabilitación en alguno de sus componentes que limiten el tratamiento integral (educación, fisioterapia pulmonar, apoyo psicosocial, evaluaciones y ejercicio).

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 11 de 41

- 3.8 El personal administrativo de este Departamento brindará atención a pacientes ambulatorios/as para asignación de consulta de lunes a viernes, de 9:00 a 13:30 horas. No se programarán citas vía telefónica.
- 3.9 Los/as pacientes serán asignados/as a cada terapeuta y/o personal médico con base a la disponibilidad de horarios de cada uno de ellos.
- 3.10 Cuando las terapias sean otorgadas a menores de edad, será obligatorio que el familiar o tutor legal permanezca presente durante toda la sesión acompañando a su paciente.
- 3.11 Cuando los/as pacientes hayan egresado de hospitalización y durante su estancia no fueron interconsultados/as por el Departamento de Rehabilitación Pulmonar, deberán presentar al personal administrativo su hoja de alta para programar su cita de primera vez en el área, en la que se solicita se programe cita.
- 3.12 Los/as pacientes hospitalizados/as que fueron interconsultados/as por personal médico rehabilitador pulmonar y egresaron de hospitalización, deberán presentar al personal administrativo la hoja de alta, o bien la indicación del personal médico rehabilitador pulmonar tratante, para dar continuidad al tratamiento mediante cita programada.
- 3.14 En el caso de pacientes hospitalizados/as que tenían programada la interconsulta con personal médico rehabilitador pulmonar y fueron dados de alta antes de su interconsulta, deberán acudir al Departamento de Rehabilitación Pulmonar para ser atendidos/as en la consulta externa de acuerdo a la disponibilidad del servicio.
- 3.15 El personal de salud de este Departamento deberá respetar el horario de programación del/a paciente o notificar al paciente el motivo de la demora para su atención.
- 3.16 Las personas usuarias que recibirán atención especializada de Rehabilitación Pulmonar, deberán presentarse 15 minutos antes de su cita, para recibir indicaciones de acuerdo a la política 3.2y después acudir al área del gimnasio para la toma de signos vitales por el personal de enfermería.
- 3.17 Cuando el/a paciente requiera la cancelación de su cita, ésta deberá realizarse por lo menos con 24 horas de anticipación, de lo contrario se considera inasistencia.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 12 de 41

3.18 El/a paciente con tres inasistencias a sus citas médicas será dado/a de baja administrativa, ameritando para su reingreso otra interconsulta del personal médico tratante que la solicitó inicialmente por consulta externa al Departamento de Rehabilitación Pulmonar.

3.19 Es responsabilidad del personal terapeuta:

3.19.1 Realizar reporte semanal de las sesiones de acondicionamiento proporcionadas.

3.19.2 Hacer las observaciones sobre las incidencias detectadas durante la aplicación de las técnicas de rehabilitación impartidas.

3.19.3 Reportar las inasistencias de pacientes.

3.19.4 Reportar cualquier dificultad que se presente con el/a paciente o familiar para continuar con el acondicionamiento institucional.

3.19.5 Registrar diariamente en archivo electrónico, las sesiones otorgadas de primera vez y/o subsecuentes.

3.20 El personal médico de rehabilitación pulmonar deberá:



3.20.1 Realizar el registro diario en archivo electrónico, de los/as pacientes atendidos/as en Consulta Externa.

3.20.2 Dejar constancia de la atención médica proporcionada, en el expediente clínico de cada paciente.

3.20.3 Requisitar además del formato de Consentimiento informado en caso de infiltración muscular o articular, aplicación en máquina de tos y electromiografía, los correspondientes a la evaluación de acuerdo a las necesidades de cada paciente, los cuales pueden ser:

a) Caminata de Shuttle INER RP-04.



b) Tamiz Psicológico H. A. D. INER-EC/SAM-07.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 13 de 41

- c) Cuestionario SF-36 INER-RP-09.
- d) Cuestionario St. George INER RP-10.
- e) Inventario de Beck INER-RP-11
- f) Caminata de 6 minutos INER-RP12



3.21 El personal administrativo deberá:

- 3.21.1 Integrar la información emitida en los archivos electrónicos por el personal médico y/o terapeuta.
- 3.21.2 Enviar mensualmente la información integrada, mediante correo institucional a la Coordinación de Epidemiología y Estadística, de acuerdo al calendario anual ya establecido. .

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 14 de 41

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Paciente	1	Solicita fecha y hora para cita médica, presentando el formato de solicitud de interconsulta o la hoja de egreso hospitalario correspondiente en el Departamento de Rehabilitación Pulmonar.	INER-EC-08 INER-EC/DM-19
Personal administrativo	2	Programa la cita de interconsulta para la valoración del/a paciente.	
Paciente	3	Acude a la cita el día indicado, 15 minutos antes para su valoración y se presenta con el personal administrativo para recibir indicaciones.	
Personal administrativo	4	Brinda indicaciones a cada paciente de acuerdo con la política 3.2 y le indica pasar al gimnasio para la toma de signos vitales.	
Personal de enfermería y/o terapeuta	5	Verifica que haya pasado a la caja , cuando no le aplique al/a paciente la política 3.2. y realiza la toma signos vitales al/a paciente previo a la valoración del médico.	
Personal rehabilitador médico	6	Realiza valoración médica al/a paciente. ¿El/a paciente es candidato/a para rehabilitación pulmonar?	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 15 de 41

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	7	No: Da indicaciones generales al paciente, explicando el motivo por el que no es candidato a recibir programa de rehabilitación, realiza nota médica en el expediente y le indica que regrese con su médico/a tratante. Termina procedimiento.	
	8	Sí: Requisita formato de solicitud de procedimientos de rehabilitación pulmonar y refiere al paciente al programa de rehabilitación pulmonar. Continúa la actividad 9.	INER-RP-01
Paciente	9	Acude con la solicitud de procedimientos de rehabilitación al gimnasio para que el/a terapeuta programe su sesión y lo/a refiere/a con el personal administrativo.	
Personal administrativo	10	Asigna el folio para pago en caja general, si le corresponde pago de su sesión terapéutica y programa cita de seguimiento.	
Personal terapeuta	11	Verifica el pago correspondiente y brinda la sesión terapéutica o evaluación según corresponda, prescritos por el médico rehabilitador y registra su productividad.	INER RP-04 INER-EC/SAM-07 INER-RP-09 INER RP 10 INER-RP-11 INER-RP12 INER-RP-05
	12	Informa al personal médico la fecha en que se terminará de aplicar cada una de las evaluaciones de cada paciente y programar valoración subsecuente con el personal médico rehabilitador.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 16 de 41

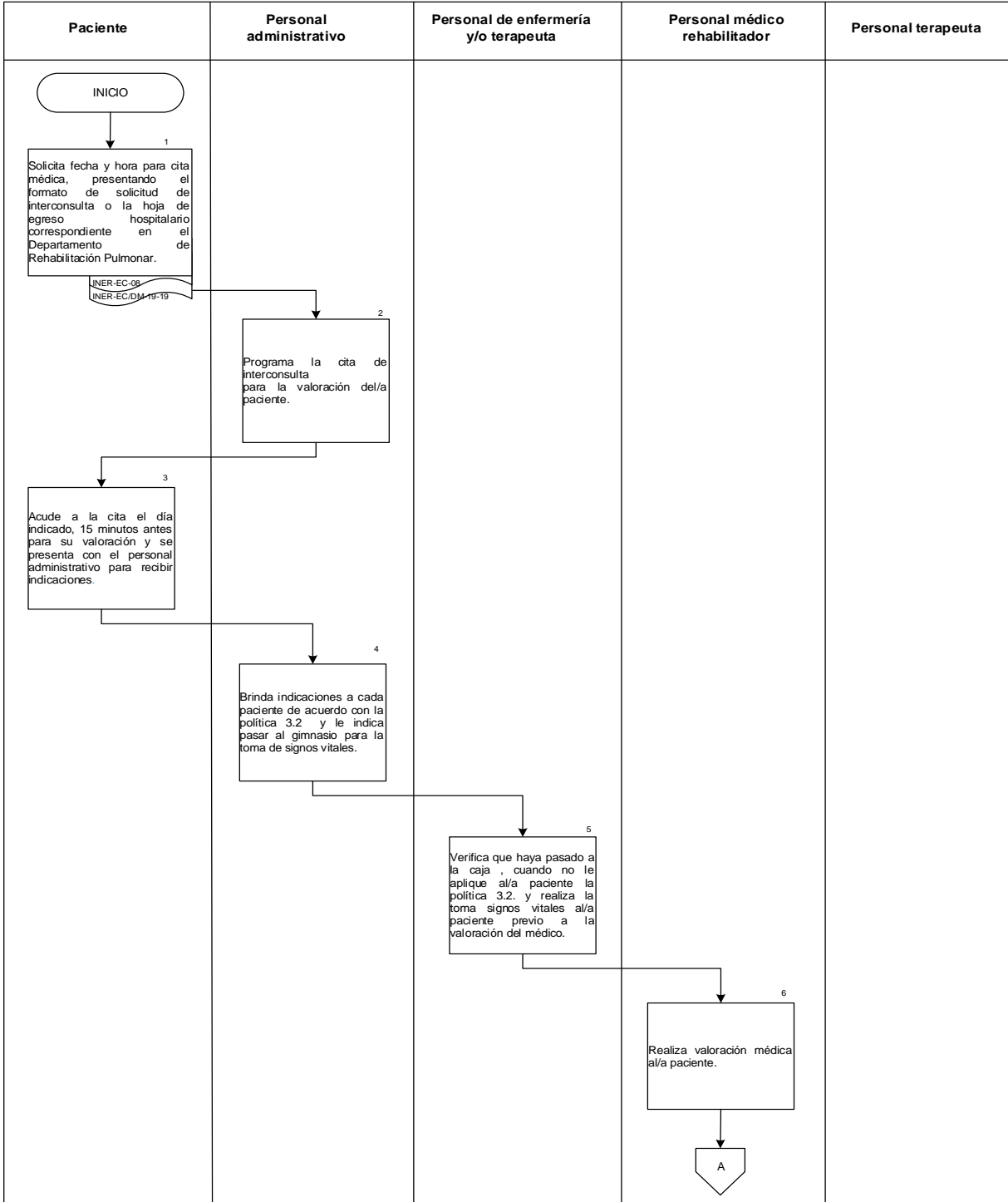
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal administrativo	13	Otorga fecha y hora para la evaluación médica subsecuente.	INER-RP-05
Personal médico rehabilitador	14	Realiza la interpretación de evaluaciones y diseña programa de acondicionamiento. ¿El paciente puede acudir a programa de ejercicio institucional?	
	15	No. Otorga el programa para realizar en casa y da seguimiento por consulta externa. Termina procedimiento.	
	16	Si. Diseña el programa de acondicionamiento, para seguimiento con el personal terapeuta. Continúa actividad 17.	
Personal terapeuta	17	Asigna día y hora para brindar el número de sesiones terapéuticas indicadas por el personal médico rehabilitador y registra el monitoreo de entrenamiento.	
Personal administrativo	18	Indica al/a paciente, acudir a programar la cita para revaloración, para cuando termine el calendario de sesiones.	
	19	Asigna día y hora para consulta subsecuente con médico rehabilitador al/a paciente.	
Paciente	20	Acude a cita para valoración con comprobante de pago, si corresponde.	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 17 de 41

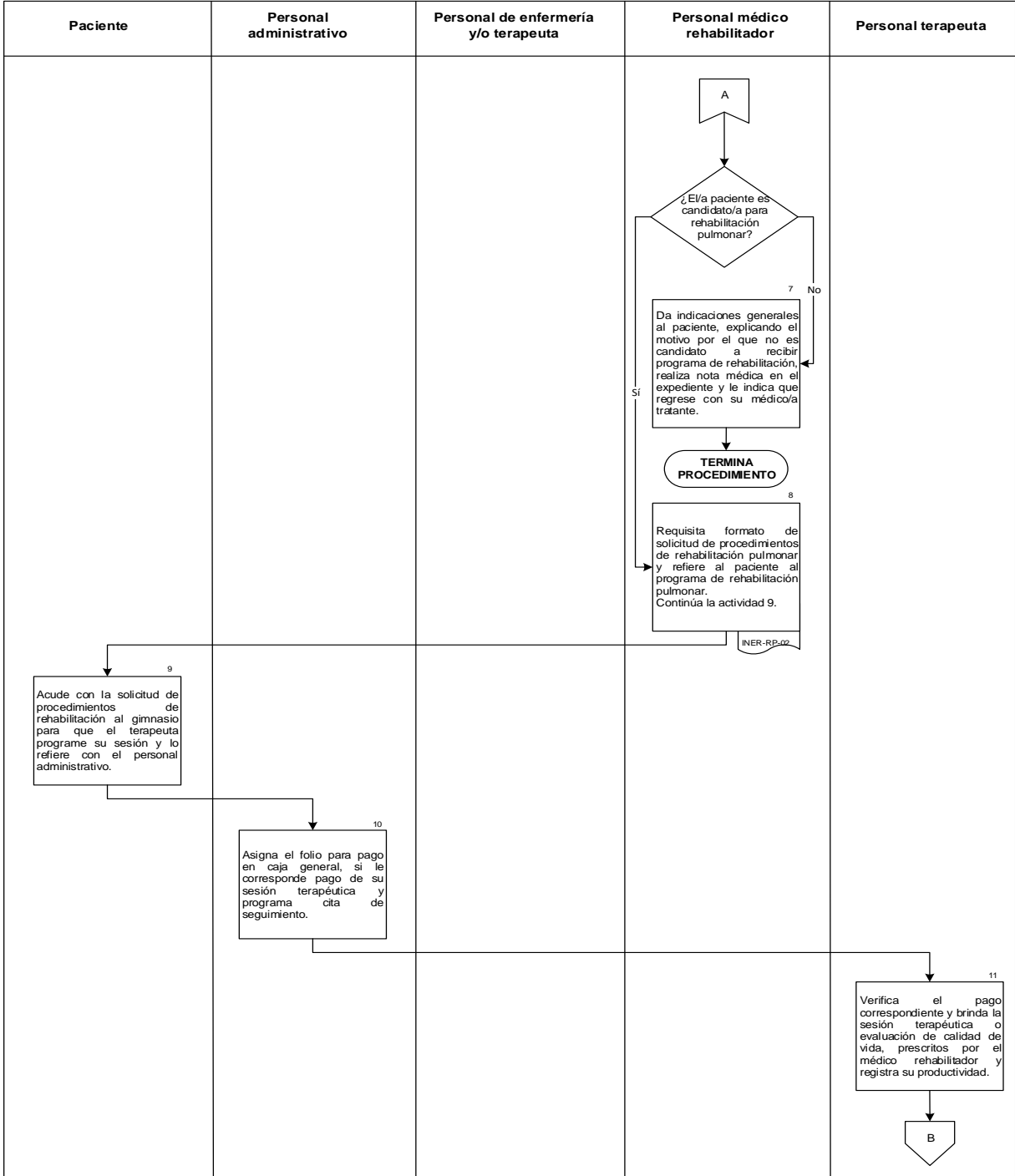
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico rehabilitador	21	Realiza valoración médica al/a paciente. ¿El paciente es candidato para el programa de rehabilitación a domicilio?	
	22	No. Explica al/a paciente el motivo por el que no puede iniciar el programa de rehabilitación institucional, elabora nota médica y remite con su médico tratante. Solicita evaluaciones subsecuentes. Regresa a la actividad 12.	
	23	Si. Establece programa domiciliario, para seguimiento por consulta externa.	
		Termina procedimiento.	


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 18 de 41

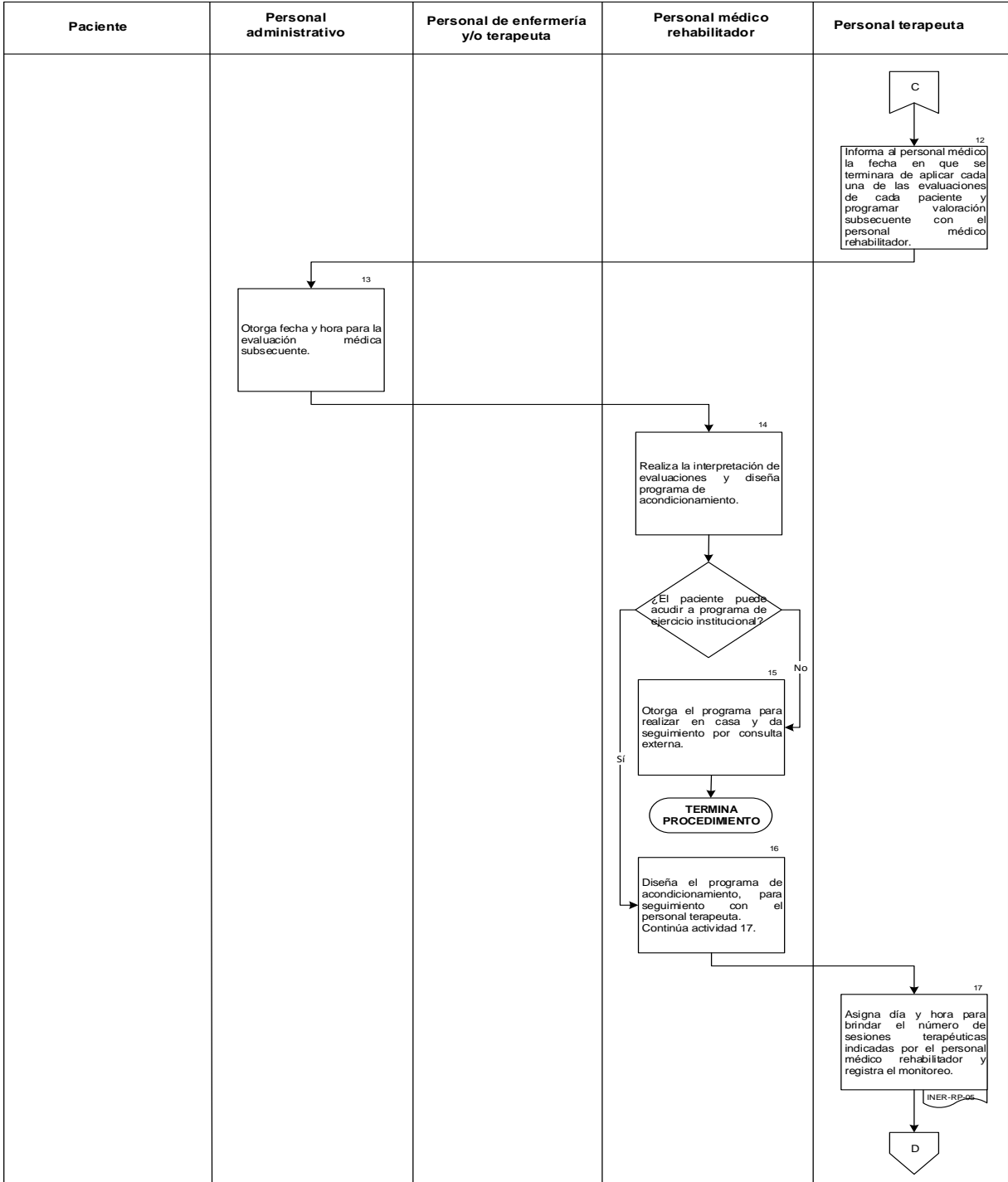
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO




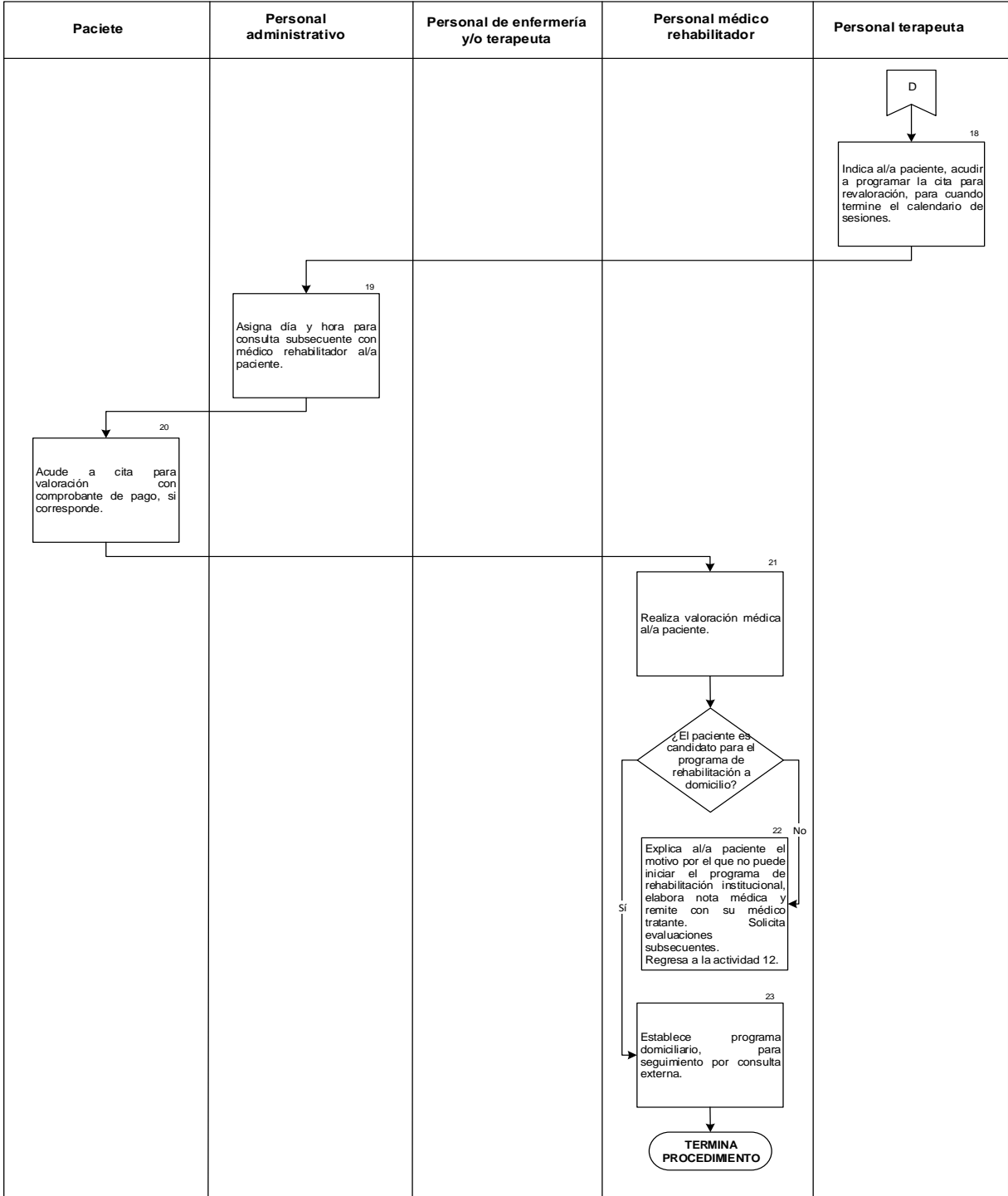
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 19 de 41





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 20 de 41



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 21 de 41





 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 22 de 41

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores), invasivos, de rehabilitación.	Cinco años	Expediente clínico	INER-EC/CI/DM-01
7.2 Solicitud de procedimientos de rehabilitación pulmonar.	Lo que establece el Catálogo de Disposición documental	Departamento de Rehabilitación Pulmonar	INER-RP-01
7.3 Caminata de Shuttle	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-04
7.4 Monitoreo de entrenamiento	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-05
7.5 Tamiz Psicológico H.A. D.	Cinco años	Expediente clínico	INER-EC/SAM-07
7.6 Cuestionario St. George	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-10
7.7 Cuestionario de Beck	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-11
7.8 Cuestionario CERC	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-07
7.9 Caminata de 6 minutos	Cinco años	Expediente clínico	INER-RP-12

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 23 de 41

7.10 Solicitud de interconsulta	Cinco años	Expediente clínico	INER-EC-08
7.11 Egreso Hospitalario	Cinco años	Expediente clínico	INER-EC/DM-13

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Acondicionamiento:** Sesión de ejercicio que brinda el terapeuta físico u ocupacional dirigida a mejorar la tolerancia al ejercicio del paciente, prescrita por médico rehabilitador pulmonar.

8.2. **Evaluaciones de calidad de vida:** Aplicación de caminata de 6 minutos o caminata shuttle para valorar la capacidad aeróbica, funcional o tolerancia al ejercicio, así como cuestionarios generales y específicos, de ansiedad, depresión que el médico rehabilitador realiza y analiza junto con el terapeuta para valorar el impacto de la condición de salud del paciente en su vida.



8.3 **Sesión terapéutica:** Actividad que realiza el terapeuta físico u ocupacional dirigida a mecanoterapia, electroterapia, técnicas de ejercicios respiratorios, higiene bronquial, ejercicios de silla, actividades de la vida diaria o acondicionamiento físico. Prescrita por médico rehabilitador pulmonar.

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO



Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	Febrero, 2023.	Actualización de procedimientos

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos(mayores y menores), invasivos, de rehabilitación INER-EC/CI/DM-01
- 10.2 Solicitud procedimientos de rehabilitación pulmonar INER-RP-01
- 10.3 Caminata de Shuttle INER-RP-04

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 24 de 41

- 10.4 Monitoreo de entrenamiento INER-RP-05
- 10.5 Tamiz Psicológico H. A. D. INER-EC/SAM-07
- 10.6 Cuestionario St. George INER-RP-10
- 10.7 Inventario de Beck INER-RP-11
- 10.8 Cuestionario CERC INER-RP-07
- 10.9 Caminata de 6 minutos INER-RP-12
- 10.10 Solicitud de interconsulta INER-EC-08
- 10.11 Egreso Hospitalario INER-EC/DM-13

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 25 de 41

10.1 Consentimiento informado para procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos (mayores y menores), invasivos, de rehabilitación INER-EC/CI/DM-01

SALUD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y la Norma Oficial Mexicana NOM-054-S3A-2012, del Expediente Clínico, numerada 4-2 y 28-12)

Tlalpán, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente		Fecha de nacimiento		N. de expediente
Año	Mes	Día		

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra usted recibiendo por su problema de _____, su médico(a) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento: diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo, rehabilitación que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los beneficios esperados y los riesgos inherentes, así como posibles alternativas:

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/CI/DM-01 (07.2018)

SALUD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, MÉDICOS, QUIRÚRGICOS (MAYORES Y MENORES), INVASIVOS, DE REHABILITACIÓN

(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Art. 80, 81, 82 y 83 y la Norma Oficial Mexicana NOM-054-S3A-2012, del Expediente Clínico, numerada 4-2 y 28-12)

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación que aquí se indica, sabiendo el(los) Diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de: _____.

Me explico los beneficios esperados, así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones del procedimiento antes mencionado. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico. Así mismo, se me ha informado que es un Hospital-Escuela donde personal clínico en formación puede participar en mis procesos de atención.

Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

SI AUTORIZO al equipo de salud del INER a que realicen el procedimiento antes señalado. **NO AUTORIZO**, el procedimiento propuesto y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal		Firma y/o huella digital
---	--	--------------------------

TESTIGO	TESTIGO
Nombre completo Firma y/o huella digital	Nombre completo Firma y/o huella digital

Nombre completo del médico tratante	Cédula Profesional	Firma
-------------------------------------	--------------------	-------

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento del procedimiento señalado en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

Yo en mi carácter de paciente, familiar o responsable legal del paciente, revoco el consentimiento autorizado previamente en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento diagnóstico médico, quirúrgico, invasivo y/o de rehabilitación planteado.

Revoco el consentimiento de _____

Nombre completo del paciente, familiar responsable o representante legal que revoca	Firma y/o huella digital	Fecha (día/mes/año)
---	--------------------------	---------------------

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento Informado.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/CI/DM-01 (07.2018)

10.2 Solicitud procedimientos de rehabilitación pulmonar INER-RP-01

SALUD SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN PULMONAR

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA
DEPARTAMENTO EN REHABILITACIÓN PULMONAR

	Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____
	Nombre y firma del médico: _____
	Consulta externa. <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Videollamada <input type="checkbox"/>
	Impresión diagnóstica: _____

Resumen de datos de importancia: clínicos, de laboratorio y de gabinete; que tengan relación con el estudio solicitado y diagnóstico presuncional.

MARQUE CON UNA X EL ESTUDIO SOLICITADO

<input type="checkbox"/> TF 01 Acondicionamiento físico (sesión)	<input type="checkbox"/> TF 24 Coflator (Máquina de tos)
<input type="checkbox"/> TF 04 Terapia física con electroterapia	<input type="checkbox"/> TF 25 Ejercicios de silla
<input type="checkbox"/> TF 08 Terapia física con mecanoterapia	<input type="checkbox"/> TF 27 Educación a pacientes para una buena adherencia terapéutica (Terapia ocupacional)
<input type="checkbox"/> TF 13 Prueba de ejercicio	<input type="checkbox"/> TF 28 Electromiografía
<input type="checkbox"/> TF 14 Caminata con oximetría y cuestionarios	<input type="checkbox"/> TF 29 Dinamometría
<input type="checkbox"/> TF 19 Acondicionamiento físico con telemetría	<input type="checkbox"/> TF 30 Forcimetría
<input type="checkbox"/> TF 20 Fisioterapia pulmonar (sesión)	

Fecha: _____ Hora: _____ Terapeuta: _____

INER-RP-01 (11.2022)

10.3 Caminata de Shuttle INER-RP-04



Nombre: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre (s) _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ No. de Expediente: _____ Fecha: _____
 (aaaa/mm/dd)
 Médico: _____ Diagnóstico: _____

	Pre ejercicio	Post ejercicio	1 minuto	3 minutos	5 minutos post
Pulso					
FR					
T/A					
Sat O ₂					

F.C. Max: _____ F.C. 85%: _____

Nivel	Disnea	Fatiga	F.C.	SAT	Número de shuffles	
					Shuffles	Total
1					3	3
2					4	7
3					5	12
4					6	18
5					7	25
6					8	33
7					9	42
8					10	52
9					11	63
10					12	75
11					13	88
12					14	102
Total:						metros recorridos

Motivo por el que concluye la prueba: _____
 Comentario: _____
 Realizo la prueba: _____

10.4 Monitoreo de entrenamiento INER-RP-05





Nombre: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre (s) _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ No. de Expediente: _____
 (aaaa/mm/dd)
 Diagnóstico: _____ Médico tratante: _____


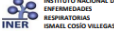
F. C. máx (100%) _____ (85%) _____ Oxígeno suplementario L/min: _____
 SAT: _____ F. C.: _____ T/A: _____ No. de sesión: _____ Fecha: _____
 Equipo: _____

Etapa	Tiempo	mph	Carga	RPM	FCT	F.R.	T.A	Sat O ₂	Borg	
									Disnea	Fatiga
	0									
	5									
	10									
	15									
	20									
	25									
	30									
Recuperación										
Observaciones:										
	0									
	5									
	10									
	15									
	20									
	25									
	30									
Recuperación										
Observaciones:										
Terapeuta:										

Etapa	Tiempo	mph	Carga	RPM	FCT	F.R.	T.A	Sat O ₂	Borg	
									Disnea	Fatiga
	0									
	5									
	10									
	15									
	20									
	25									
	30									
Recuperación										
Observaciones:										
	0									
	5									
	10									
	15									
	20									
	25									
	30									
Recuperación										
Observaciones:										
Terapeuta:										


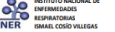
 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de Consulta Externa.		Hoja 27 de 41

10.5 Tamiz Psicológico H. A. D. INER-EC/SAM-07

		TAMIZ PSICOLÓGICO H.A.D.S.		
<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, OBSTRUCTIVAS Y DEL TÓRAX</small>		<small>DIRECCIÓN MÉDICA</small>		<small>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA</small>
Nombre completo del paciente _____		Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día) _____		Edad _____
Número de expediente _____	Servicio Clínico/Cama _____	Fecha de evaluación _____	Diagnóstico _____	
Evaluación Inicial () _____		Revaloración () _____		
INSTRUCCIONES: Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.				
1. Me siento tenso o nervioso		2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer		
3 Todos los días		0 Como siempre		
2 Muchas veces		1 No lo bastante		
1 A veces		2 Sólo un poco		
0 Nunca		3 Nada		
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder		4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas		
3 Definitivamente y es muy fuerte		0 Al igual que siempre lo hice		
2 Si, pero no es muy fuerte		1 No tanto ahora		
1 Un poco, pero no me preocupa		2 Casi nunca		
0 Nada		3 Nunca		
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones		6. Me siento alegre		
3 La mayoría de las veces		3 Nunca		
2 Con bastante frecuencia		2 No muy seguido		
1 A veces, aunque no muy seguido		1 A veces		
0 Sólo en ocasiones		0 Casi siempre		
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado		8. Me siento como si cada día estuviera más lento		
0 Siempre		3 Por lo general en todo momento		
1 Por lo general		2 Muy seguido		
2 No muy seguido		1 A veces		
3 Nunca		0 Nunca		
9. Tengo una sensación extraña, como de alelato o vacío en el estómago		10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado		
0 Nunca		3 Totalmente		
1 En ciertas ocasiones		2 No me preocupa como debería		
2 Con bastante frecuencia		1 Podría tener un poco más de cuidado		
3 Muy seguido		0 Me preocupo al igual que siempre		
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme		12. Me siento con esperanzas respecto al futuro		
3 Mucho		0 Igual que siempre		
2 Bastante		1 Menos de lo que acostumbraba		
1 No mucho		2 Mucho menos de lo que acostumbraba		
0 Nada		3 Nada		
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico		14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión		
3 Muy frecuentemente		0 Seguido		
2 Bastante seguido		1 A veces		
1 No muy seguido		2 No muy seguido		
0 Nada		3 Bata vez		
Suma de esta columna A=		Suma de esta columna B=		

LICENCIA SANITARIA 12-AM-09-012-0002


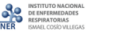
INER-EC/SAM-07 (06.2022)

		TAMIZ PSICOLÓGICO H.A.D.S.		
<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, OBSTRUCTIVAS Y DEL TÓRAX</small>		<small>DIRECCIÓN MÉDICA</small>		<small>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA</small>
Observaciones				
Impresión diagnóstica				
Intervención psicológica para seguimiento, fechas del seguimiento				
Seguimiento del paciente por: Psicología <input type="checkbox"/> Psiquiatría de enlace <input type="checkbox"/> Tanatología <input type="checkbox"/> Interconsulta a otra institución <input type="checkbox"/>				
Motivo del seguimiento: _____				
Evaluad (nombre completo, firma y cédula profesional)				

LICENCIA SANITARIA 12-AM-09-012-0002

INER-EC/SAM-07 (06.2022)

10.6 Cuestionario St. George INER-RP-10

		CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAN GEORGE		
<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, OBSTRUCTIVAS Y DEL TÓRAX</small>		<small>DIRECCIÓN MÉDICA</small>		<small>SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA</small>
<small>DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR</small>				
Nombre _____		Fecha de nacimiento _____		Edad _____
No. de expediente _____		Fecha: _____		Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Diagnóstico: _____		Médico Rehabilitador: _____		
Lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas, recuerde que necesitamos que responda a las frases SOLAMENTE cuando este seguro que lo describe y que se deba a su salud.				
Parte 1.				
A continuación, conteste las preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.				
1. Durante el último año, he tenido tos.				
<input type="checkbox"/> 1 La mayor parte de los días de la semana. <input type="checkbox"/> 2 Varios días de la semana. <input type="checkbox"/> 3 Unos pocos días de la semana. <input type="checkbox"/> 4 Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios. <input type="checkbox"/> 5 Nada en absoluto.				
2. Durante el último año, he sacado flemas (acar gargarlas).				
<input type="checkbox"/> 1 La mayor parte de los días de la semana. <input type="checkbox"/> 2 Varios días de la semana. <input type="checkbox"/> 3 Unos pocos días de la semana. <input type="checkbox"/> 4 Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios. <input type="checkbox"/> 5 Nada en absoluto.				
3. Durante el último año, he tenido falta de aliento.				
<input type="checkbox"/> 1 La mayor parte de los días de la semana. <input type="checkbox"/> 2 Varios días de la semana. <input type="checkbox"/> 3 Unos pocos días de la semana. <input type="checkbox"/> 4 Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios. <input type="checkbox"/> 5 Nada en absoluto.				
4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).				
<input type="checkbox"/> 1 La mayor parte de los días de la semana. <input type="checkbox"/> 2 Varios días de la semana. <input type="checkbox"/> 3 Unos pocos días de la semana. <input type="checkbox"/> 4 Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios. <input type="checkbox"/> 5 Nada en absoluto.				
5. Durante el último año, ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?				
<input type="checkbox"/> 1 Más de 3 ataques. <input type="checkbox"/> 2 3 ataques. <input type="checkbox"/> 1 Un ataque. <input type="checkbox"/> 0 Ningún ataque.				

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-RP-10(10/2022)

6. ¿Cuánto le duro el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No.7)

1 Una semana o más.
 2 De 3 a 6 días.
 3 1 o 2 días.
 4 Menos de un día.

7. Durante el último año, ¿cuántos días de la semana fueron buenos? (son pocos problemas respiratorios)

1 Ningún día bueno.
 2 De 3 a 6 días.
 3 De 3 a 4 días.
 4 Casi todos los días.
 5 Todos los días han sido buenos.

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No.10)

SI No

Parte 2.

Sección 1.

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor marque una sola de las siguientes frases.

Es el problema más importante que tengo.
 Me causa bastantes problemas.
 Me causa pocos problemas.
 No me causa ningún problema.

10. Si ha tenido algún trabajo con sueño, por favor marque una sola de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueño vaya directamente a la pregunta No.11)

Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar.
 Mis problemas me dificultan mi trabajo o me obligan a cambiar de trabajo.
 Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectan) mi trabajo.

Sección 2.

11. A continuación, conteste las preguntas sobre la actividad que normalmente se puede hacer sentir falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted actualmente:

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o inclinado descansando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me llevo o me visto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa, sobre terreno plano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar de subida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-RP-10(10/2022)

Sección 3

12. Conteste las siguientes preguntas sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:

	Cierto	Falso
Me duela al toser.	()	()
Me canso cuando toso.	()	()
Me falta la respiración cuando hablo.	()	()
Me falta la respiración cuando me agacho.	()	()
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.	()	()
Fácilmente me agoto.	()	()

Sección 4

13. A continuación, conteste algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios pueden ocasionar. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted en estos días:

	Cierto	Falso
La tos o la respiración apenan en público.	()	()
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.	()	()
Me asusto o me alarma cuando no puedo respirar.	()	()
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.	()	()
No espero que mis problemas respiratorios mejoren.	()	()
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura e inactiva.	()	()
Hacer ejercicio no es seguro para mí.	()	()
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.	()	()

Sección 5

14. A continuación, conteste las preguntas sobre su medicación: (si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No 15)

	Cierto	Falso
Mis medicamentos no me ayudan nada.	()	()
Me apena usar mis medicamentos en público.	()	()
Mis medicamentos me producen efectos desagradables.	()	()
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.	()	()

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a como sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto si usted cree que una o más de partes de cada frase le describen si no, marque falso:

	Cierto	Falso
Me tarda mucho tiempo para levantarme o vestirme.	()	()
No me puedo bañar o me tarda mucho tiempo.	()	()
Caminar más despacio que los demás, o tengo que pararme a descansar.	()	()

	Cierto	Falso
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas, o tengo que pararme a descansar.	()	()
Para subir un tramo de escalera, tengo que ir despacio a pasar.	()	()
Si como o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.	()	()
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como: bailar, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, jugar boliche.	()	()
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como: llevar cosas pesadas, caminar unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, excavar en el jardín o en el campo.	()	()
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como: un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.	()	()

Sección 7

16. Nos gustaría saber cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente a su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:

	Cierto	Falso
No puedo hacer deportes o jugar.	()	()
No puedo salir a distraerme o divertirme.	()	()
No puedo salir de casa para distraerme.	()	()
No puedo hacer el trabajo de casa.	()	()
No puedo alarmarme mucho de la cama o de la silla.	()	()

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedir hacer: (no tiene que marcarlas, solo son para saber la manera de cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle):

Ir a pasear, o sacar al perro.	()
Hacer cosas en la casa o jardín.	()
Tener relaciones sexuales.	()
Ir a la iglesia o a un lugar de distracción.	()
Salir cuando hace mal tiempo, o estar en habitaciones llenas de humo.	()
Visitar a la familia o los amigos, o jugar con niños.	()

Por favor, escriba cualquier otra actividad importante que sus problemas respiratorios le impidan hacer:

A continuación, podrá marcar solo una frase que usted cree describe mejor como le afectan sus problemas respiratorios?

() No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer.
 () Me impide hacer 1 o 2 cosas de las cosas que me gustaría hacer.
 () Me impide hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer.
 () Me impide hacer todas las cosas que me gustaría hacer.

Gracias por contestar este cuestionario.

Aplicó: _____ Calificó: _____

10.7 Inventario de Beck INER-RP-11

Nombre: _____
 Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de expediente: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____ Médico Rehabilitador: _____

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cuidadosamente y elija la oración de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido en esta última semana, incluyendo hoy.



Marque con una "X" la oración que haya escogido. Si varias oraciones parecen aplicarse marque sólo una. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de contestar.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o irritable que ya no lo aguento.
2. No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro, y que las cosas no pueden mejorar.
3. No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme voy hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto de las cosas como antes.
 Ya no tengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
5. No me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
6. No me siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento descontento conmigo mismo.
 Me siento a disgusto conmigo mismo.
 Me odio a mí mismo.
8. No siento que sea peor que otros.
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No ninguna idea acerca de suicidarme.
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 Quisiera suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera oportunidad.



10. Noervo más que de columbré.
 Lloro más que antes.
 Lloro todo el tiempo.
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
11. Ahora no estoy más irritable que antes.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritable todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba.
12. No he perdido el interés en la gente.
 No me interesa la gente como antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
13. Tomo decisiones tan bien como siempre.
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 Se me dificulta tomar decisiones.
 No puedo tomar decisiones en nada.
14. No siento que me vea más feo que antes.
 Me preocupa que me vea viejo y feo.
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea más feo.
 Creo que me veo horrible.
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 No puedo trabajar para nada.
16. Duermo tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto a 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
17. No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente.
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito es igual que siempre.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Casi no tengo apetito.
 No tengo apetito en absoluto.
19. No he perdido peso o casi nada.
 He perdido más de 2.5 kilos.
 He perdido más de 5 kilos.
 He perdido más de 7.5 kilos.
 Estoy a dieta si no
20. Mi salud no me preocupa más que antes.
 Me preocupa molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otras cosas.
21. Me interesa por el sexo es igual que antes.
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
 He perdido completamente el interés en el sexo.

Aplicó: _____ Calificó: _____

10.8 Cuestionario CERC INER-RP-07

	CUESTIONARIO PARA ENFERMOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS "CERC" HOJA DE RESPUESTAS		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PNEUMOLOGÍA DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR																																																																											
DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE PNEUMOLOGÍA DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR																																																																														
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ <small>Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)</small>																																																																														
Edad: _____ No. de Expediente: _____ Fecha: _____																																																																														
Diagnóstico: _____ Médico rehabilitador: _____																																																																														
Marque 5 actividades que provocan DISNEA (Falta de aire)																																																																														
<table border="1"> <tr><td>1.-</td><td>Al estar enojado o molesto</td><td></td></tr> <tr><td>2.-</td><td>Al bañarse en tina o regadera</td><td></td></tr> <tr><td>3.-</td><td>Al agacharse</td><td></td></tr> <tr><td>4.-</td><td>Al cargar cosas, por ejemplo, bolsas del mercado</td><td></td></tr> <tr><td>5.-</td><td>Al vestirse</td><td></td></tr> <tr><td>6.-</td><td>Al comer</td><td></td></tr> <tr><td>7.-</td><td>Dando una caminata</td><td></td></tr> <tr><td>8.-</td><td>Al hacer el trabajo de la casa</td><td></td></tr> <tr><td>9.-</td><td>Al estar apurado</td><td></td></tr> <tr><td>10.-</td><td>Al tender la cama</td><td></td></tr> <tr><td>11.-</td><td>Al trapear o limpiar pisos</td><td></td></tr> <tr><td>12.-</td><td>Al mover muebles</td><td></td></tr> <tr><td>13.-</td><td>Al jugar con los hijos o los nietos</td><td></td></tr> <tr><td>14.-</td><td>Al practicar deporte</td><td></td></tr> <tr><td>15.-</td><td>Al alcanzar cosas que estén altas, es decir por arriba de la cabeza</td><td></td></tr> <tr><td>16.-</td><td>Al correr como para alcanzar el camión</td><td></td></tr> <tr><td>17.-</td><td>Al hacer las compras</td><td></td></tr> <tr><td>18.-</td><td>Al tratar de dormir</td><td></td></tr> <tr><td>19.-</td><td>Al hablar</td><td></td></tr> <tr><td>20.-</td><td>Al usar aspiradora</td><td></td></tr> <tr><td>21.-</td><td>Al caminar dentro de su propia casa</td><td></td></tr> <tr><td>22.-</td><td>Al caminar una subida</td><td></td></tr> <tr><td>23.-</td><td>Al subir las escaleras</td><td></td></tr> <tr><td>24.-</td><td>Al caminar en lo plano o con alguien más</td><td></td></tr> <tr><td>25.-</td><td>Al preparar las comidas</td><td></td></tr> </table>	1.-	Al estar enojado o molesto		2.-	Al bañarse en tina o regadera		3.-	Al agacharse		4.-	Al cargar cosas, por ejemplo, bolsas del mercado		5.-	Al vestirse		6.-	Al comer		7.-	Dando una caminata		8.-	Al hacer el trabajo de la casa		9.-	Al estar apurado		10.-	Al tender la cama		11.-	Al trapear o limpiar pisos		12.-	Al mover muebles		13.-	Al jugar con los hijos o los nietos		14.-	Al practicar deporte		15.-	Al alcanzar cosas que estén altas, es decir por arriba de la cabeza		16.-	Al correr como para alcanzar el camión		17.-	Al hacer las compras		18.-	Al tratar de dormir		19.-	Al hablar		20.-	Al usar aspiradora		21.-	Al caminar dentro de su propia casa		22.-	Al caminar una subida		23.-	Al subir las escaleras		24.-	Al caminar en lo plano o con alguien más		25.-	Al preparar las comidas		OTRAS ACTIVIDADES (menciona espontáneamente, no incluidas en el listado) _____ _____ _____	3.- Actividades seleccionadas: a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____	Respuestas 4.- Dineas en las actividades a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____
1.-	Al estar enojado o molesto																																																																													
2.-	Al bañarse en tina o regadera																																																																													
3.-	Al agacharse																																																																													
4.-	Al cargar cosas, por ejemplo, bolsas del mercado																																																																													
5.-	Al vestirse																																																																													
6.-	Al comer																																																																													
7.-	Dando una caminata																																																																													
8.-	Al hacer el trabajo de la casa																																																																													
9.-	Al estar apurado																																																																													
10.-	Al tender la cama																																																																													
11.-	Al trapear o limpiar pisos																																																																													
12.-	Al mover muebles																																																																													
13.-	Al jugar con los hijos o los nietos																																																																													
14.-	Al practicar deporte																																																																													
15.-	Al alcanzar cosas que estén altas, es decir por arriba de la cabeza																																																																													
16.-	Al correr como para alcanzar el camión																																																																													
17.-	Al hacer las compras																																																																													
18.-	Al tratar de dormir																																																																													
19.-	Al hablar																																																																													
20.-	Al usar aspiradora																																																																													
21.-	Al caminar dentro de su propia casa																																																																													
22.-	Al caminar una subida																																																																													
23.-	Al subir las escaleras																																																																													
24.-	Al caminar en lo plano o con alguien más																																																																													
25.-	Al preparar las comidas																																																																													
Preguntas 5 a 19 5.- _____ 6.- _____ 7.- _____ 8.- _____ 9.- _____ 10.- _____ 11.- _____ 12.- _____ 13.- _____ 14.- _____ 15.- _____ 16.- _____ 17.- _____ 18.- _____ 19.- _____				Control _____ Dineas _____ Fatiga _____ Emocional _____ Total _____ Esborro _____																																																																										
Aplico: _____ Califico: _____																																																																														
<small>LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002</small>	<small>INER RP-07(1.2022)</small> <small>1 de 2</small>	<small>LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002</small>	<small>INER RP-07(1.2022)</small> <small>2 de 2</small>																																																																											

10.9 Caminata de 6 minutos INER-RP-12

	CAMINATA DE 6 MINUTOS		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS PNEUMOLOGÍA DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR																																																																														
DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE PNEUMOLOGÍA DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR																																																																																	
Nombre: _____ <small>Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)</small>																																																																																	
Fecha de nacimiento: _____ No. de expediente: _____ Fecha: _____ <small>aaaa/mm/dd</small>																																																																																	
Diagnóstico: _____ Médico Rehabilitador: _____																																																																																	
FC max: _____ FC B5%: _____																																																																																	
Caminata 1																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sat. O₂</th> <th>Pre-ejercicio</th> <th>Post-ejercicio</th> <th>1 minuto</th> <th>3 minutos</th> <th>5 minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>F.C.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T/A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BORG Disnea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BORG Fatiga</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Sat. O ₂	Pre-ejercicio	Post-ejercicio	1 minuto	3 minutos	5 minutos	F.C.						T/A						FE						BORG Disnea						BORG Fatiga						ltrros _____ Auxiliar de marcha: _____ Metros recorridos: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tiempo</th> <th>BORG Disnea</th> <th>Borg Fatiga</th> <th>Sat. O₂</th> <th>F.C.</th> <th>Vueltas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Tiempo	BORG Disnea	Borg Fatiga	Sat. O ₂	F.C.	Vueltas	1						2						3						4						5						6						Comentarios: _____
Sat. O ₂	Pre-ejercicio	Post-ejercicio	1 minuto	3 minutos	5 minutos																																																																												
F.C.																																																																																	
T/A																																																																																	
FE																																																																																	
BORG Disnea																																																																																	
BORG Fatiga																																																																																	
Tiempo	BORG Disnea	Borg Fatiga	Sat. O ₂	F.C.	Vueltas																																																																												
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
Caminata 2																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sat. O₂</th> <th>Pre-ejercicio</th> <th>Post-ejercicio</th> <th>1 minuto</th> <th>3 minutos</th> <th>5 minutos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>F.C.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T/A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BORG Disnea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BORG Fatiga</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Sat. O ₂	Pre-ejercicio	Post-ejercicio	1 minuto	3 minutos	5 minutos	F.C.						T/A						FE						BORG Disnea						BORG Fatiga						ltrros _____ Auxiliar de marcha: _____ Metros recorridos: _____	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tiempo</th> <th>BORG Disnea</th> <th>Borg Fatiga</th> <th>F.C.</th> <th>Sat. O₂</th> <th>Vueltas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Tiempo	BORG Disnea	Borg Fatiga	F.C.	Sat. O ₂	Vueltas	1						2						3						4						5						6						Comentarios: _____
Sat. O ₂	Pre-ejercicio	Post-ejercicio	1 minuto	3 minutos	5 minutos																																																																												
F.C.																																																																																	
T/A																																																																																	
FE																																																																																	
BORG Disnea																																																																																	
BORG Fatiga																																																																																	
Tiempo	BORG Disnea	Borg Fatiga	F.C.	Sat. O ₂	Vueltas																																																																												
1																																																																																	
2																																																																																	
3																																																																																	
4																																																																																	
5																																																																																	
6																																																																																	
Terapeuta: _____																																																																																	
<small>LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002</small>	<small>INER RP-12(1.2022)</small>	<small>LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002</small>	<small>INER RP-12(1.2022)</small>																																																																														

10.10 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

	
SOLICITUD DE INTERCONSULTA	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (HAMBEL COSÍO VILLEGAS) DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Fecha: ____/____/____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ____/____/____

SERVICIO SOLICITANTE: _____

Nº DE PROTOCOLO: _____

MARQUE LAS INTERCONSULTAS QUE SOLICITE, RESALTANDO LA PRINCIPAL
"En estas especialidades llenar una solicitud por interconsulta"

CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA			
CE01	PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA	CE21	CLÍNICA DE EPOC
CE02	PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE22	CLÍNICA DE INTERSTICIALES
CE03	PSIQUIATRÍA	CE23	QUIRURGÍA
CE04	CARDIOLOGÍA	CE24	CLÍNICA DE TRAQUEA
CE05	MEDICINA INTERNA	CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE06	NEUMOLOGÍA	CE26	ALDLOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*
CE07	NEUMOPEDIATRÍA	CE27	CLÍNICA DE VASCULITIS
CE08	OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD
CE09	REUMATOLOGÍA	CE32	CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA
CE10	ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)	CE33	CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR
CE11	INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA	CE34	CLÍNICA DE HEMIPLEGIAS
CE12	DIETOLOGÍA	CE35	NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)
CE13	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36	QUIRURGÍA CARDIOVASCULAR
CE15	HEMATOLOGÍA*	SE01	ALERGLOGÍA
CE16	CLÍNICA DEL DOLOR	ES02	ESTOMATOLOGÍA*
CE17	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	CT07	CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*
CE18	CLÍNICA DE TUBERCULOSIS		
CE20	CARDIOPEDIATRÍA*		

Diagnóstico(s): _____

Motivo de interconsulta(s): _____



Nombre del médico tratante	Firma
_____	_____

Importante:



- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la interconsulta.
- El reporte de la interconsulta se realizará en la hoja de nota médica.
- Es estrictamente necesario el envío de esta solicitud, para la correcta programación por el personal administrativo de la consulta externa.
- Para la interconsulta a cardiología se deberá anexar el formato de electrocardiograma INER-CE-29 (12.2013)
- Neumología consulta externa, sólo para especialidades no neumológicas.

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC-08 (12.2013)



10.11 Egreso Hospitalario INER-EC/DM-13

	EGRESO HOSPITALARIO			
RESUMEN: a) Cuadro clínico de ingreso, evolución hospitalaria, estado al momento del alta, b) Exámenes de laboratorio y gabinete, c) Procedimientos invasivos, d) Tratamiento instituido (medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención), e) Medicación crónica del paciente suspendida al ingreso y/o durante la hospitalización, especificar motivo del cambio o suspensión, f) signos vitales.				
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____				
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A SEGUIR: (Conciliar con la lista de medicación generada al ingreso, en la última hoja de indicaciones médicas y la receta que se otorga al paciente a su egreso)				
Medicamento (nombre genérico)	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOCUMENTACIÓN DE LA CONCILIACIÓN (hacer marca de verificación): Plan conciliado con la prescripción en la última hoja de indicaciones médicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Plan conciliado con la medicación crónica al ingreso, en la Historia Clínica o Nota de Ingreso y con el propio paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Nombre y Firma del médico que concilió _____
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA				



LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/DM-13 (09.2013)

	EGRESO HOSPITALARIO	
ESTUDIOS RECOMENDADOS		PRÓXIMAS CITAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ		NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REVISÓ
_____		_____
EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA REGABAR LAS SIGUIENTES FIRMAS		
***En los términos del Artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica: En caso de egreso voluntario: aún en contra de las recomendaciones médicas, el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberá firmar un documento en el que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o persona que en representación emita el documento.		
En todo caso, el documento al que se refiere el párrafo anterior relevará de la responsabilidad al Establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en el poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.		
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, FAMILIAR CERCAÑO, PERSONA RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL.		NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO
_____		_____
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ		NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO QUE REVISÓ
_____		_____

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-EC/DM-13 (09.2013)

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 31 de 41

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 32 de 41

1.0 PROPÓSITO



- 1.1 Establecer los lineamientos para la atención especializada en rehabilitación pulmonar a pacientes hospitalizados en el INER, y de otras unidades médicas de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que lo soliciten, con la finalidad de implementar un programa individualizado.

2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al Departamento de Rehabilitación Pulmonar.
- 2.2 A nivel externo: El procedimiento es una guía para los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad que soliciten el apoyo del Departamento de Rehabilitación Pulmonar.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La persona titular del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, será responsable de mantener actualizado este manual en colaboración con las personas adscritas, quienes deben cumplir este procedimiento, bajo el principio de igualdad y no discriminación, así como los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se aplicará lo establecido en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social.
- 3.3 El personal administrativo deberá verificar que la solicitud de interconsulta INER-EC-08 esté debidamente requisitada por el médico tratante y que contenga el número de expediente institucional para su atención mediante programación en este Departamento.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 33 de 41

- 3.4 El personal médico rehabilitador pulmonar solamente atenderá a pacientes hospitalizados/as pediátricos y/o adultos con diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda, crónica, así como aquellos/as pacientes susceptibles de desarrollar complicaciones respiratorias (quirúrgicos, neuromusculares, debilidad adquirida), hemodinámicamente estables que permitan intervención segura para movilizarlo e iniciar técnicas dinámicas, con tratamiento médico óptimo y motivados en participar en el cuidado de su salud. En caso de que la o el paciente no se encuentre estable continuará su atención en hospitalización, personal médico rehabilitador anexará nota médica explicando el motivo por el cual el/a paciente no puede iniciar manejo y se dará seguimiento para establecer el momento oportuno para iniciar el programa de rehabilitación pulmonar.
- 3.5 Será responsabilidad del personal médico rehabilitador pulmonar realizar la evaluación del/a paciente hospitalizado/a, para definir si está en condiciones de iniciar el programa de rehabilitación pulmonar o tiene alguna contraindicación, en cuyo caso deberá notificarlo al personal médico tratante.
- 3.6 Toda atención médica especializada en rehabilitación pulmonar, deberá quedar documentada en el expediente clínico de cada paciente atendido/a.
- 3.7 Es responsabilidad del personal terapeuta asignado/a:
- a) Dar cumplimiento a la programación de terapias
 - b) Atender cada sesión terapéutica o de acondicionamiento físico, conforme a los tiempos consumidos en cada sesión, lo cual dependerá del estado de salud en el que se encuentre cada paciente.
 - c) Reportarse con el personal de hospitalización antes de brindar la sesión.
 - d) Verificar que el/a paciente esté consciente y pueda autorizar la intervención.
 - e) Notificar al personal médico rehabilitador pulmonar responsable, los casos en que no se haya otorgado la sesión terapéutica. En caso de menores de edad se solicitará que esté presente el padre o tutor responsable durante toda la sesión.
 - f) Realizar el registro diario de las sesiones otorgadas de primera vez y subsecuentes hospitalarias en archivo electrónico.
- 3.8 El personal médico rehabilitador será responsable de valorar y dar seguimiento al/a paciente durante su estancia hospitalaria, a través de la prescripción del programa de



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 34 de 41

rehabilitación hasta su máximo beneficio y/o derivarlo a consulta externa de rehabilitación si lo considera necesario. Asimismo, deberá basar su evaluación en la nota de interconsulta del expediente clínico.

- 3.9 En caso de pacientes atendidos/as en hospitalización con más de once días de estancia, el personal médico rehabilitador pulmonar y el personal terapeuta brindarán educación y capacitación al familiar en fisioterapia pulmonar y/o músculo esquelético para dar seguimiento en conjunto a su rehabilitación durante su estancia hospitalaria, si no hay inconveniente por médico tratante, notificando a trabajo social e incluso el/a paciente podrá ser dado/a de alta de rehabilitación pulmonar antes de su egreso del Instituto.
- 3.10 El personal administrativo del Departamento de Rehabilitación Pulmonar, debe integrar la información del personal médico y/o terapeuta y enviar a la Coordinación de Epidemiología y Estadística, mediante correo institucional para integración del informe mensual, en las fechas programadas.
- 3.11 El personal médico de rehabilitación pulmonar deberán realizar el registro diario de los/as pacientes atendidos/as en hospitalización, y en archivo electrónico entregarlo al personal administrativo que será responsable de enviar la documentación a la Coordinación de Epidemiología y Estadística, mediante correo institucional para integración del informe mensual, en las fechas programadas.
- 3.12 Los/as pacientes hospitalizados/as que tenían programada la interconsulta con personal médico rehabilitador pulmonar y fueron dados/as de alta antes de su interconsulta, deberán acudir al Departamento de Rehabilitación Pulmonar para ser atendidos/as en la consulta externa, de acuerdo a la disponibilidad del servicio con cita programada.
- 3.13 Cuando se solicite la evaluación del personal médico rehabilitador pulmonar de pacientes hospitalizados/as en otra unidad médica, personal médico asignado/a deberá acudir a proporcionar el servicio. En caso de requerir transporte, la persona titular del Departamento será responsable de solicitar el apoyo a la Oficina de Transportes.
- 3.14 En pacientes con debilidad muscular adquirida, pre y posquirúrgicos susceptibles de desarrollar complicaciones respiratorias, el personal médico rehabilitador pulmonar puede sugerir al personal médico tratante solicitar la interconsulta a este Departamento, para iniciar tratamiento oportuno.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 35 de 41

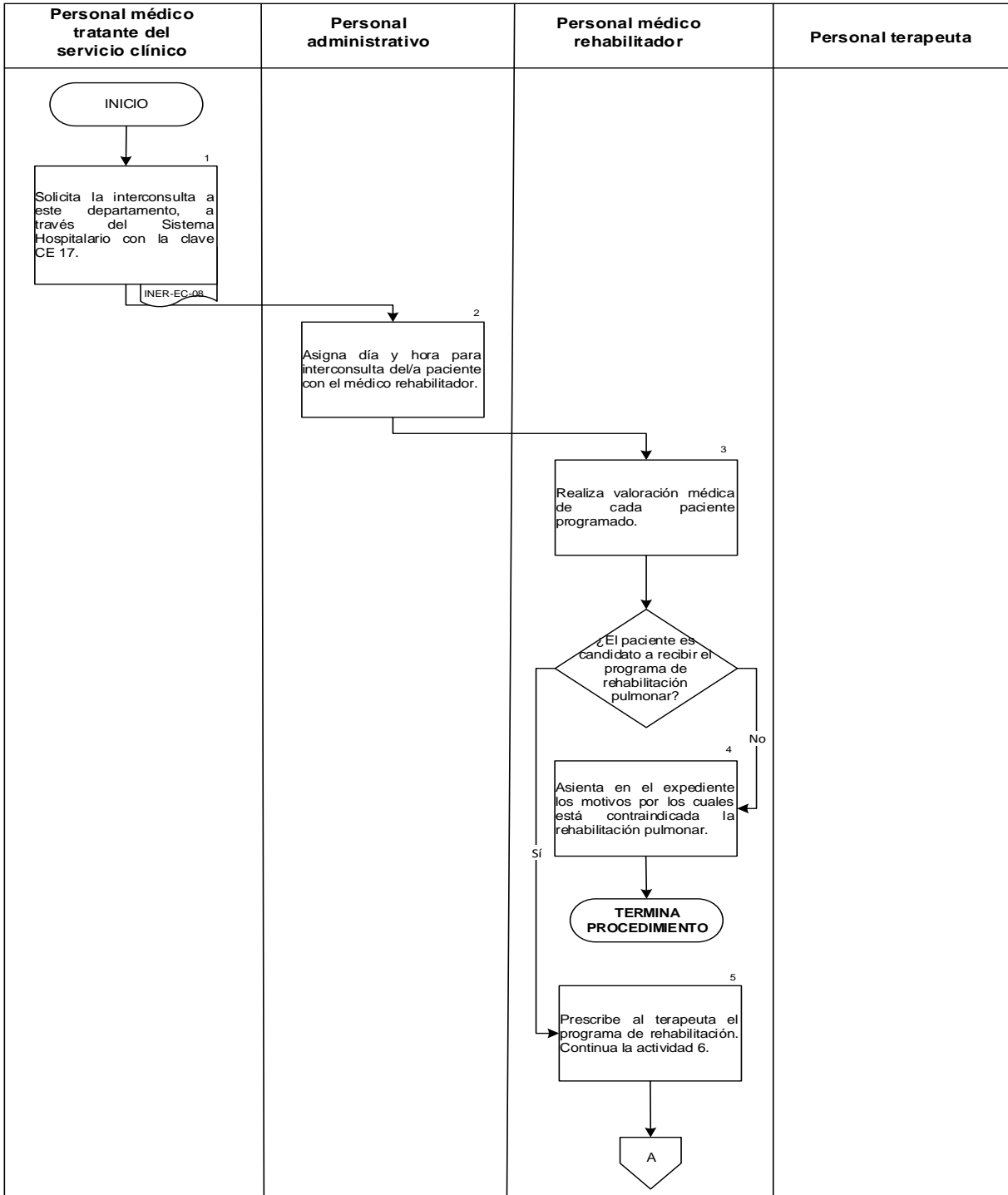
- 3.15 Cuando los pacientes sean trasladados de un servicio clínico a otro y no informen a este Departamento, el personal médico deberá localizar al paciente a través del expediente clínico electrónico hospitalario para dar seguimiento.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 36 de 41

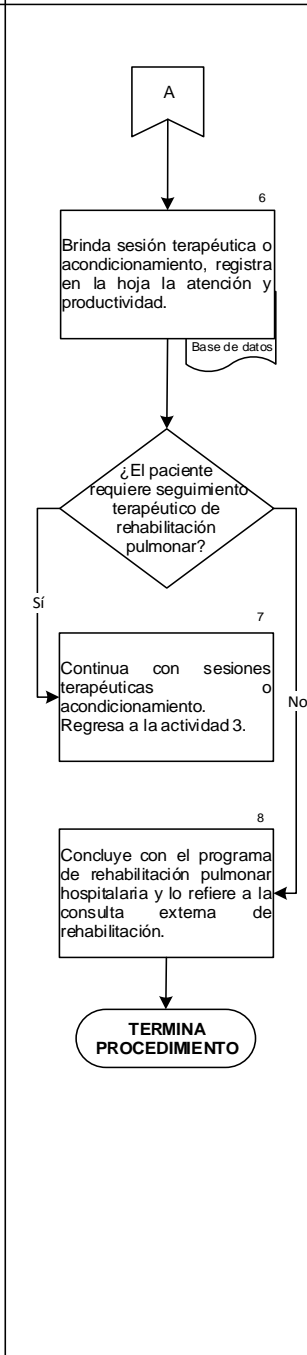
4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal médico tratante del servicio clínico	1	Solicita la interconsulta a este departamento, a través del Sistema Hospitalario con la clave CE 17.	INER-EC-08
Personal administrativo	2	Asigna día y hora para interconsulta del/a paciente con el médico rehabilitador.	
Personal médico rehabilitador	3	Realiza valoración médica de cada paciente programado. ¿El paciente es candidato a recibir el programa de rehabilitación pulmonar?	
	4	No. Asienta en el expediente los motivos por los cuales está contraindicada la rehabilitación pulmonar. Termina procedimiento.	
	5	Si. Prescribe al terapeuta el programa de rehabilitación. Continúa la actividad 6.	
Personal terapeuta	6	Brinda sesión terapéutica o acondicionamiento, registra en base de datos de la atención proporcionada y productividad. ¿El paciente requiere seguimiento terapéutico de rehabilitación pulmonar?	Base de datos
Personal médico rehabilitador	7	Si. Continúa con sesiones terapéuticas o acondicionamiento. Regresa a la actividad 3.	
	8	No. Concluye con el programa de rehabilitación pulmonar hospitalaria y lo refiere a la consulta externa de rehabilitación.	
		Termina procedimiento.	

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 38 de 41

Personal médico tratante del servicio clínico	Personal administrativo	Personal médico rehabilitador	Personal terapeuta
			 <pre> graph TD A[A] --> B[6: Brinda sesión terapéutica o acondicionamiento, registra en la hoja la atención y productividad.] B --- BD[Base de datos] B --> C{¿El paciente requiere seguimiento terapéutico de rehabilitación pulmonar?} C -- Si --> D[7: Continúa con sesiones terapéuticas o acondicionamiento. Regresa a la actividad 3.] C -- No --> E[8: Concluye con el programa de rehabilitación pulmonar hospitalaria y lo refiere a la consulta externa de rehabilitación.] D --> B E --> F([TERMINA PROCEDIMIENTO]) </pre>

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN PULMONAR		Código: NCDPR 031
	2. Procedimiento para la atención de pacientes hospitalizados.		Hoja 39 de 41

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/A

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	Cinco años	Expediente clínico	INER-EC-08
7.2 Base de datos	No aplica	Rehabilitación Pulmonar	N/A

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Acondicionamiento:** Sesión de ejercicio que brinda el terapeuta físico u ocupacional dirigida a mejorar la tolerancia al ejercicio del paciente. Prescrita por médico rehabilitador pulmonar.
- 8.2 **Sesión terapéutica:** Actividad que realiza el terapeuta físico u ocupacional dirigida a mecanoterapia, electroterapia, técnicas de ejercicios respiratorios, higiene bronquial, ejercicios de silla, actividades de la vida diaria o acondicionamiento físico. Prescrita por médico rehabilitador pulmonar.




9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	Febrero, 2023	Actualización de procedimientos

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		SOLICITUD DE INTERCONSULTA	 INER INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
Fecha: _____ DIA / _____ MES / _____ AÑO		DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	
Fecha de nacimiento del paciente: _____ AÑO / _____ MES / _____ DIA		SERVICIO SOLICITANTE: _____ No. DE PROTOCOLO: _____	
MARQUE LAS INTERCONSULTAS QUE SOLICITE, RESALTANDO LA PRINCIPAL "En estas especialidades llenar una solicitud por interconsulta"			
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA			
CE01	PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA	CE21	CLÍNICA DE EPOC
CE02	PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE22	CLÍNICA DE INTERSTICIALES
CE03	PSIQUIATRÍA	CE23	QUIRURJÍA
CE04	CARDIOLOGÍA	CE24	CLÍNICA DE TRAQUEA
CE05	MEDICINA INTERNA	CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE06	NEUMOLOGÍA	CE26	AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*
CE07	NEUMOPEDIATRÍA	CE27	CLÍNICA DE VASCULITES
CE08	OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE31	CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD
CE09	REUMATOLOGÍA	CE32	CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA
CE10	ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)	CE33	CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR
CE11	INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA	CE34	CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CE12	DIETOLOGÍA	CE35	NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)
CE13	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36	QUIRURJÍA CARDIOVASCULAR
CE15	HEMATOLOGÍA*	5015	ALERGEOLOGÍA
CE16	CLÍNICA DEL DOLOR	E502	ESTOMATOLOGÍA*
CE17	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	ET07	CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*
CE18	CLÍNICA DE TUBERCULOSIS		
CE20	CARDIOPEDIATRÍA*		
Diagnóstico(s): _____ _____ _____			
Motivo de interconsulta(s): _____ _____ _____			
Nombre del médico tratante		Firma	
Importante: <ul style="list-style-type: none"> Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la interconsulta. El reporte de la interconsulta se realizará en la hoja de nota médica. Es estrictamente necesario el envío de esta solicitud, para la correcta programación por el personal administrativo de la consulta externa. Para la interconsulta a cardiología se deberá anejar el formato de electrocardiograma INER CE-29 (12-2013) Neumología consulta externa, solo para especialidades no neumológicas. 			
LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002		INER EC-08 (12-2013)	



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**DEPARTAMENTO DE
REHABILITACIÓN PULMONAR**



Rev. 4

Código:
NCDPR 031

Hoja 41 de 41

IV. APROBACIÓN DEL MANUAL

Realizó

Dra. Susana Galicia Amor
Titular del Departamento de Rehabilitación Pulmonar

Revisó

Lic. Ana Cristina García Morales
Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos

Lic. Claudia Poblano Castro
Departamento de Planeación

Sancionó

C.P. Rosa María Vivanco Osnaya
Titular del Departamento de Planeación

Autorizó

Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado
Titular de la Subdirección de Atención Médica
de Neumología

Dr. Justino Regalado Pineda
Titular de la Dirección Médica

FECHA DE APROBACIÓN:

DÍA
13

MES
FEBRERO

AÑO
2023