



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



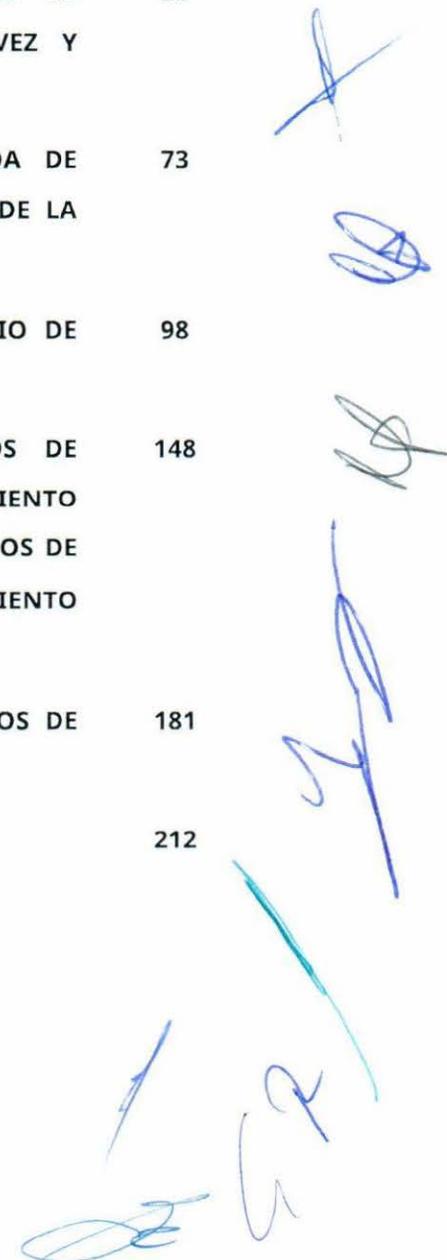
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO  
DE MEDICINA DEL SUEÑO**

**OCTUBRE, 2025.**

*[Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the bottom left and several smaller ones on the right side.]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO DEL MANUAL	2
II. MARCO JURÍDICO	3
III. PROCEDIMIENTOS	20
1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PRECONSULTA, PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE.	20
2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y DE LA CAJA TORÁCICA.	73
3. PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE SUEÑO.	98
4. PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A DOMICILIO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUBSECUENTES CON USO DE DISPOSITIVOS DE PRESIÓN POSITIVA (CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO).	148
5. PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	181
IV. AUTORIZACIÓN DEL MANUAL.	212

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030 Hoja 1 de 212

## INTRODUCCIÓN

El presente documento integra el objetivo del manual, marco jurídico e información clara y precisa sobre los procedimientos, flujogramas y formatos a utilizar en el desempeño de actividades del personal que labora en el área sirviendo como guía para la estandarización de los procesos.

Este manual ha sido realizado con la colaboración del personal médico adscrito al Servicio de Medicina del Sueño, con la asesoría y sanción del Departamento de Planeación y autorizado por la Subdirección de Atención Médica y la Dirección Médica.

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the bottom left and several smaller ones on the right side.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030
			Hoja 2 de 212

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en el Servicio de Medicina del Sueño, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que integra el área.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signatures and initials]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030 Hoja 3 de 212

## II. MARCO JURÍDICO

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DOF. 05-02-1917. Ref. 09-10-2025

### LEYES

Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México

DOF. 26-05-1945. Ref. 19-01-2018

Ley Federal del Trabajo

DOF. 01-04-1970. Ref. 21-02-2025

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

DOF. 29-12-1976. Ref. 16-07-2025

Ley General de Salud

DOF. 07-02-1984. Ref. 07-06-2024

Ley Federal de las Entidades Paraestatales

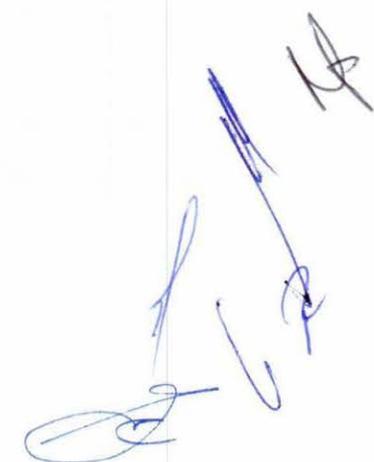
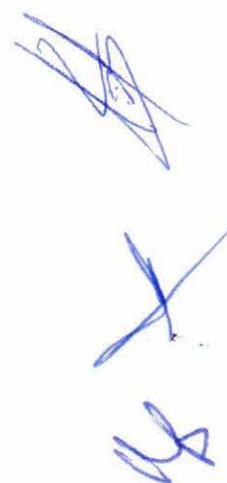
DOF. 14-05-1986. Ref. 16-07-2025

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

DOF. 29-06-1992. Ref. 01-04-2024

Ley General de Educación

DOF. 30-09-2019. Ref. 07-06-2024

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 4 de 212</b>

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

DOF. 04-08-1994. Ref. 18-05-2018

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

DOF. 16-04-2025

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

DOF. 04-01-2000. Ref. 16-04-2025

Ley General de Protección Civil

DOF. 06-06-2012. Ref. 21-12-2023

Ley de los Institutos Nacionales de Salud

DOF. 26-05-2000. Ref. 11-05-2022

Ley General de Responsabilidades Administrativas

DOF. 18-07-2016. Ref. 02-01-2025

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción

DOF. 18-07-2016. Ref. 20-05-2021

Ley Federal de Austeridad Republicana

DOF. 19-11-2019. Ref. 16-04-2025

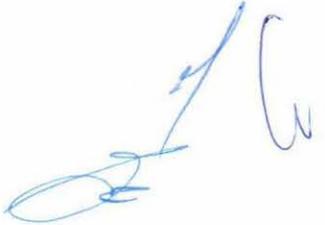
Ley de General en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación

DOF. 08-05-2023









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 5 de 212</b>

Ley Federal para la Protección a Personas que Intervienen en el Procedimiento Penal  
DOF. 08-06-2012. Ref. 20-05-2021

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública  
DOF. 20-03-2025

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados  
DOF. 20-03-2025

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación  
DOF. 11-06-2003. Ref. 01-04-2024

Ley General de Bienes Nacionales  
DOF. 20-05-2004. Ref. 16-07-2025

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado  
DOF. 31-12-2004. Ref. 29-12-2023

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres  
DOF. 02-08-2006. Ref. 16-12-2024

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia  
DOF. 01-02-2007. Ref. 16-12-2024

Ley General para el Control del Tabaco  
DOF. 30-05-2008. Ref. 17-02-2022

Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad  
DOF. 30-05-2011. Ref. 14-06-2024



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 6 de 212</b>

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

DOF. 25-06-2002. Ref. 22-06-2024

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

DOF. 04-12-2014. Ref. 24-12-2024

Ley General de Archivos

DOF. 15-06-2018. Ref. 19-01-2023

Ley de Asistencia Social

DOF. 02-09-2004. Ref. 01-04-2024

Ley General de Víctimas

DOF. 09-01-2013. Ref. 01-04-2024

### **CÓDIGOS**

Código Civil Federal

DOF. 26-05-1928. Ref. 17-01-2024

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares

DOF. 07-06-2023. Ref. 16-12-2024

Código Penal Federal

DOF. 14-08-1931. Ref. 16-07-2025

Código Nacional de Procedimientos Penales

DOF. 05-03-2014. Ref. 16-12-2024








	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Hoja 7 de 212</b>

Código de Ética de la Administración Pública Federal

DOF. 08-02-2022

**REGLAMENTOS**

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

DOF. 14-05-1986. Ref. 17-07-2018

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

DOF. 26-01-1990. Ref. 23-11-2010

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos

DOF. 30-11-2006. Ref. 31-10-2014

Reglamento de la Ley Aduanera

DOF. 20-04-2015

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

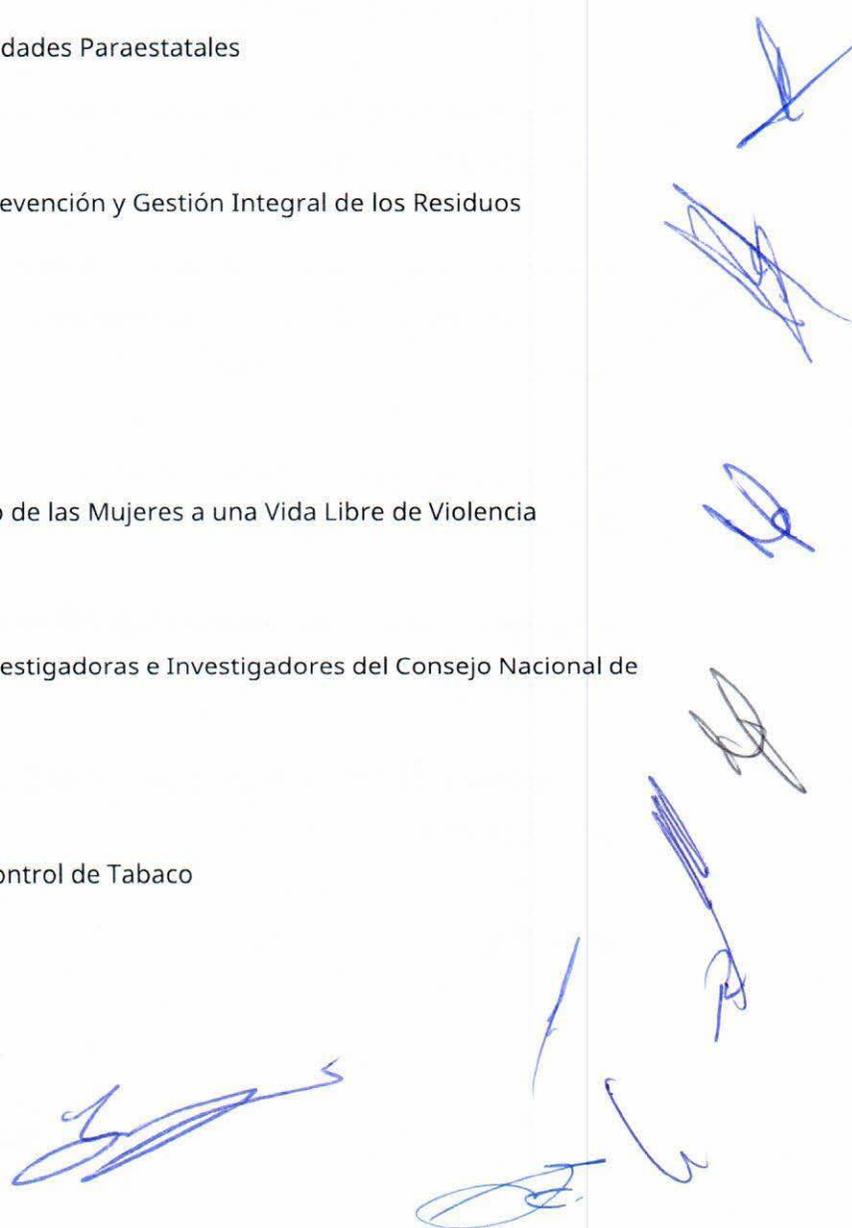
DOF. 11-03-2008. Ref. 14-03-2014

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías

DOF. 11-07-2023

Reglamento de la Ley General para el Control de Tabaco

DOF. 31-05-2009. Ref. 16-12-2022



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 8 de 212</b>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes

DOF. 26-03-2014

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. Ref. 09-12-2015

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

DOF. 05-04-2004. Ref. 17-12-2014

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

DOF. 20-02-1985. Ref. 26-03-2014

Reglamento de la Ley General de Víctimas

DOF. 28-11-2014

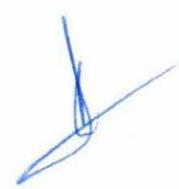
Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

DOF. 30-11-2012

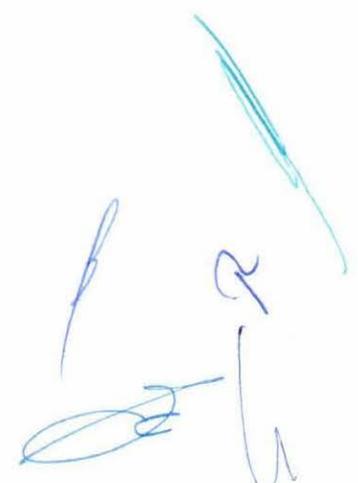
Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo

DOF. 13-11-2014

**DECRETOS**





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 9 de 212</b>

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico  
DOF. 03-06-1996

Decreto por el que se aprueba la adecuación del Programa Especial de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2024 para quedar como Programa Especial en Materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación 2021-2024  
DOF. 23-05-2024

Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública  
DOF. 12-03-1997. Ref. 20-07-2016

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud  
DOF. 24-12-2002. Ref. 26-11-2018

Decreto por el que se establecen diversas medidas en materia de adquisiciones, uso de papel y de la certificación de manejo sustentable de bosques por la Administración Pública Federal  
DOF. 05-09-2007

**ACUERDOS**

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud  
DOF. 19-10-1983

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud  
DOF. 19-10-1983

*[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]*

*[Large handwritten signature in blue ink at the bottom of the page]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 10 de 212</b>

Acuerdo que crea la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos  
DOF. 26-09-1984. Ref. 22-08-2007

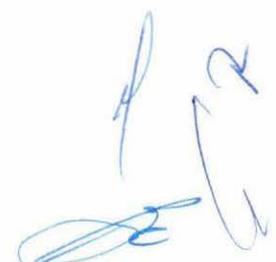
Acuerdo por el que se emiten los criterios y especificaciones técnicas para la accesibilidad de las personas con discapacidad a los inmuebles de la Administración Pública Federal  
DOF. 10-01-2022

Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, que presten servicios de salud, de homologar el contenido de las Guías de Práctica Clínica o equivalentes, con los Protocolos de Atención Médica que emita el Consejo de Salubridad General  
DOF. 30-06-2023. Ref. 10-04-2024

Acuerdo que tiene por objeto fijar los medios y la forma con los que la Secretaría de Gobernación solicitará y, en su caso, recibirá de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal información, datos y cooperación técnica que requiera para el funcionamiento del sistema de compilación de las disposiciones jurídicas aplicables al Poder Ejecutivo Federal para su difusión a través de la red electrónica de datos  
DOF. 14-12-2006

Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad para desarrollar una estrategia Operativa Multisectorial del Plan Nacional de Preparación y Respuesta a una Pandemia de Influenza  
DOF. 03-08-2007

Acuerdo por el que se relacionan las especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos  
DOF. 21-02-2008. Ref. 17-01-2011






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 11 de 212</b>

Acuerdo que establece los lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas, de investigación o científicas

DOF. 12-08-2008

Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud

DOF. 27-01-2009. Ref. 23-10-2020

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal

DOF. 28-12-2021

Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante

DOF. 23-04-2009

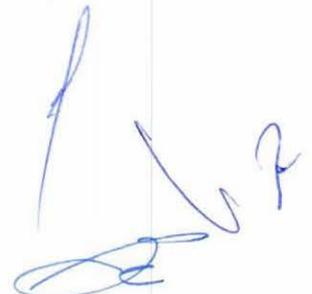
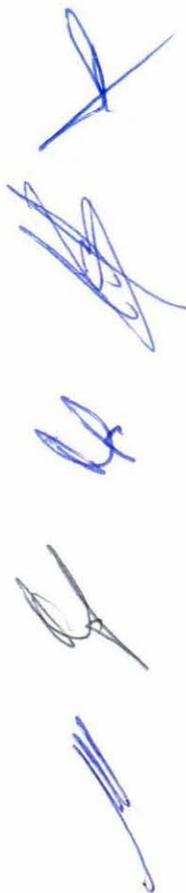
#### **NORMAS OFICIALES MEXICANAS**

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud

DOF. 13-11-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-2002. Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo

DOF. 17-02-2003

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 12 de 212</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud

DOF. 30-11-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2023. Para la atención médica integral a personas con discapacidad

DOF. 22-05-2023

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud

DOF. 12-09-2013

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014. Para la atención a la salud de la infancia.

DOF. 25-11-2015

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-032-SSA3-2018. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad

DOF. 13-09-2019

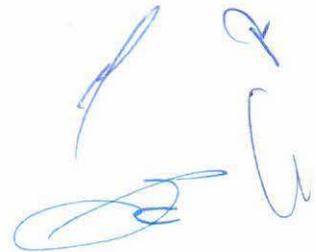
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica

DOF. 04-09-2013









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Hoja 13 de 212</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011. Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene  
DOF. 13-04-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA-2023. Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina  
DOF. 15-03-2024

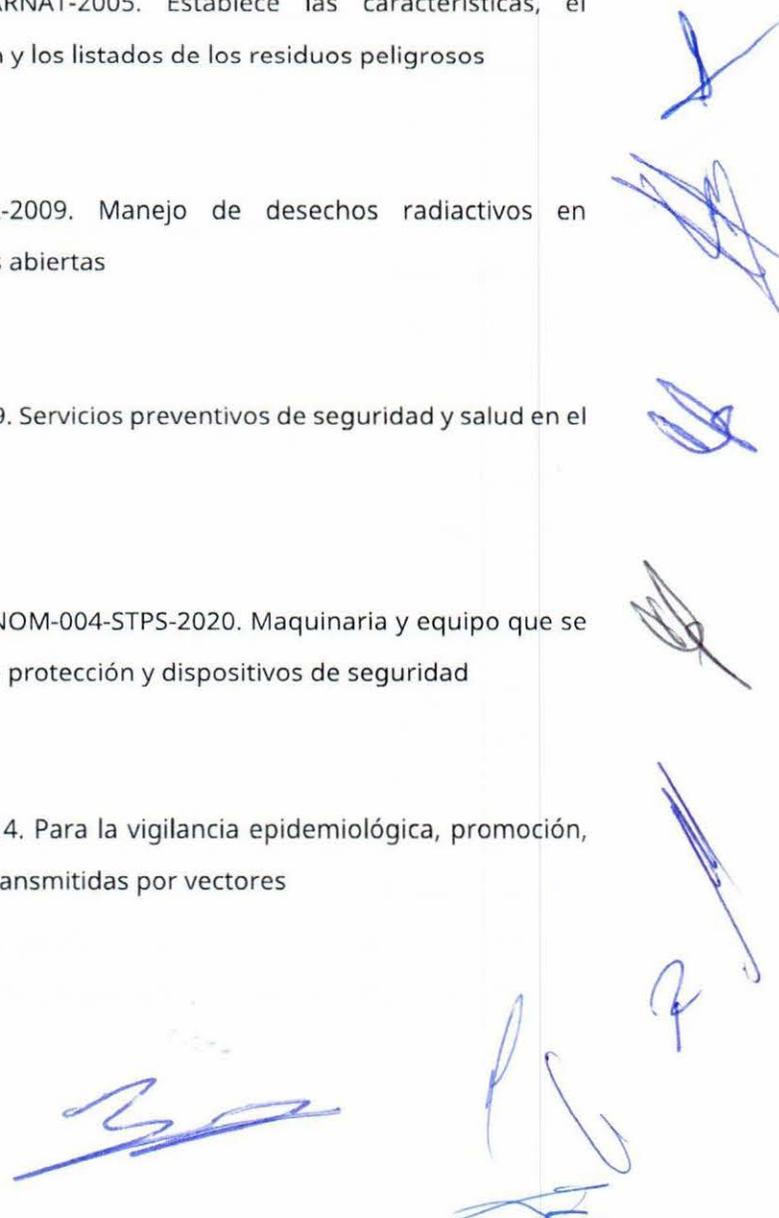
Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005. Establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos  
DOF. 23-06-2006

Norma Oficial Mexicana NOM-028-NUCL-2009. Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas  
DOF. 04-08-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009. Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-Funciones y actividades  
DOF. 22-12-2009

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-004-STPS-2020. Maquinaria y equipo que se utilice en los centros de trabajo. Sistemas de protección y dispositivos de seguridad  
DOF. 08-02-2021

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014. Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores  
DOF. 16-04-2015



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 14 de 212</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010. Condiciones de Seguridad-Prevención y Protección contra Incendios en los Centros de Trabajo

DOF. 09-12-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención

DOF. 16-04-2009. Ref. 24-03-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-031-STPS-2011. Construcción-Condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

DOF. 04-05-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012. Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano

DOF. 11-07-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias

DOF. 13-07-2012

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-026-SSA3-2018. Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria

DOF. 30-11-2018

Norma Oficial de emergencia NOM-EM-001-SSA1-2012. Medicamentos biotecnológicos y sus fitofármacos. Buenas prácticas de fabricación. Características técnicas y científicas que deben cumplir estos, para demostrar su seguridad, eficacia y calidad. Etiquetado. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad y farmacovigilancia

*(Handwritten signatures and marks in blue ink)*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 15 de 212</b>

DOF. 22-10-2013

Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2024. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

DOF. 08-11-2024

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos

DOF. 27-03-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2025. Buenas prácticas de fabricación de dispositivos médicos

DOF. 04-04-2025

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico

DOF. 15-10-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012. Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba. (Continúa en la Quinta Sección)

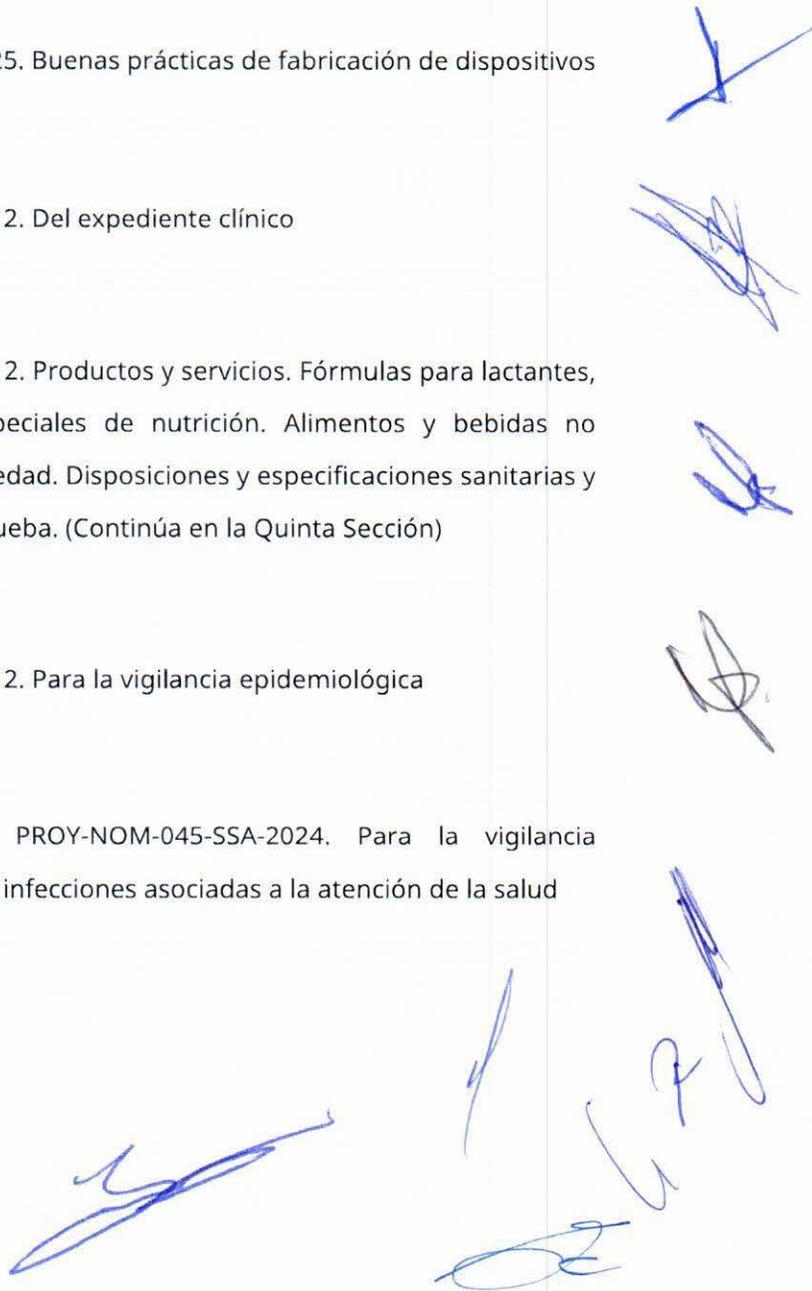
DOF. 10-09-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica

DOF. 19-02-2013

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud

DOF. 09-07-2024



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 16 de 212</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

DOF. 04-01-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012. Sistema para la administración del trabajo-Seguridad en los procesos y equipos críticos que manejen sustancias químicas peligrosas

DOF. 06-09-2012. Ref. 10-09-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

DOF. 13-09-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012. Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados

DOF. 18-09-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

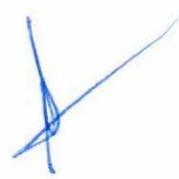
DOF. 18-09-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

DOF. 08-01-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

DOF. 02-09-2013






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 17 de 212</b>

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013. Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben Sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad

DOF. 20-09-2013. Ref. 15-09-2023

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

DOF. 02-09-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud

DOF. 12-09-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015. Buenas prácticas de fabricación de medicamentos

DOF. 05-02-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos

DOF. 17-09-2013

**LINEAMIENTOS**

*[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 18 de 212</b>

Lineamientos de Racionalidad y Austeridad Presupuestaria 2025

DOF. 28-02-2025

Lineamientos Generales para la regulación de los procedimientos de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal

DOF. 11-07-2023

Lineamientos para regular el funcionamiento del Registro Público de Organismos Descentralizados

DOF. 23-12-2011

Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos del Poder Ejecutivo Federal

DOF. 03-07-2015

Lineamientos para el manejo de recursos de terceros destinados a financiar proyectos de investigación en los organismos descentralizados del sector salud

DOF. 01-01-2003

Lineamientos para la creación y uso de Sistemas Automatizados de Gestión y Control de Documentos

DOF. 03-07-2015

#### **PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030

DOF. 15-04-2025








	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
			<b>Hoja 19 de 212</b>

Programa Sectorial de Salud 2025-2030

DOF. 04-09-2025

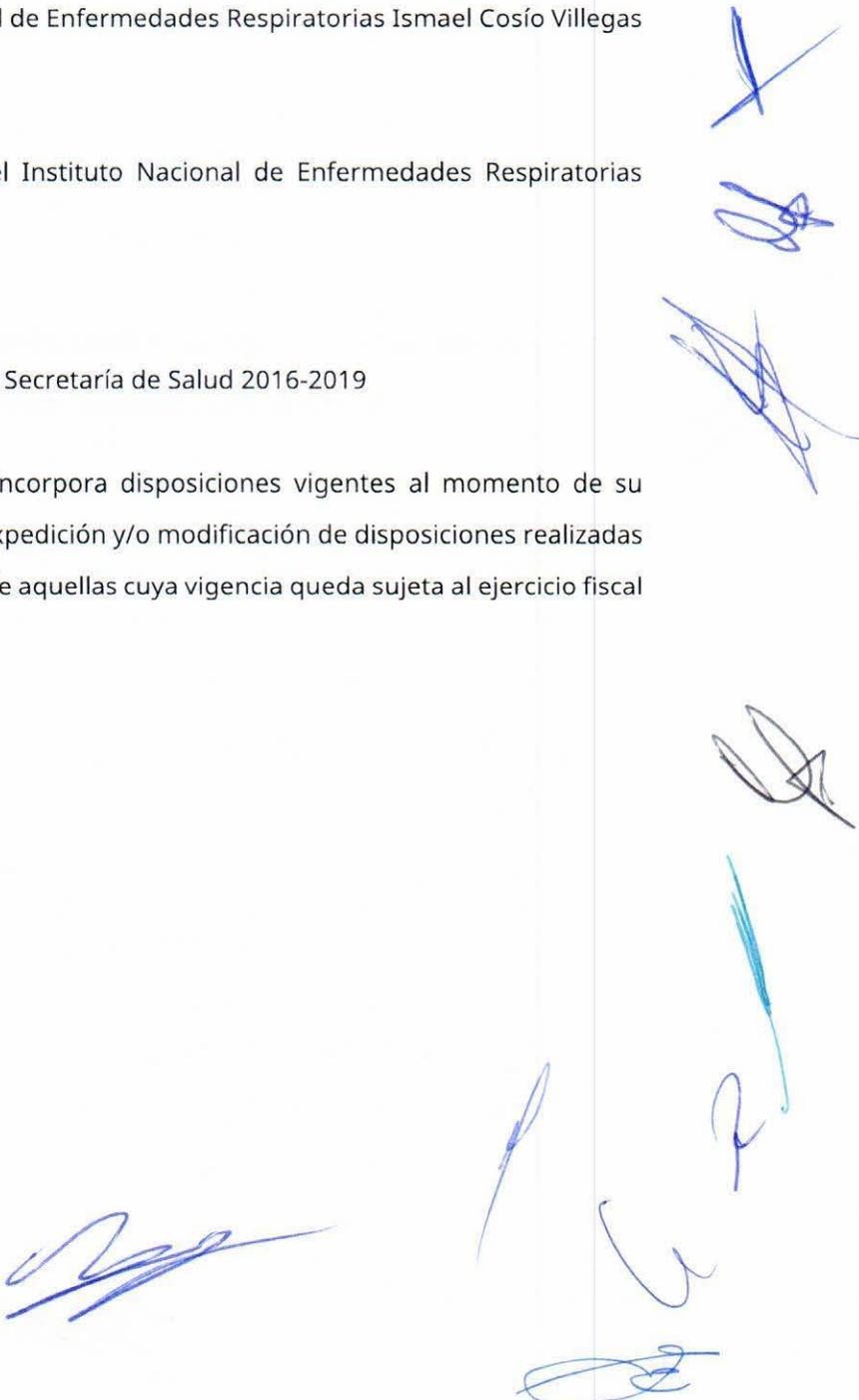
**DOCUMENTOS NORMATIVOS**

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas  
24-04-2025

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

Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud 2016-2019

NOTA: el presente marco normativo incorpora disposiciones vigentes al momento de su elaboración, con independencia de la expedición y/o modificación de disposiciones realizadas de manera posterior, particularmente de aquellas cuya vigencia queda sujeta al ejercicio fiscal en curso.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.		Hoja 20 de 212

**1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE PRECONSULTA, PRIMERA VEZ, SUBSECUENTES Y TELEMEDICINA**









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 21 de 212

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Otorgar atención médica a pacientes que lo requieran, mediante citas de preconsulta, primera vez, subsecuentes y/o telemedicina, con el fin de emitir un diagnóstico y tratamiento orientado al restablecimiento de la salud de la persona usuaria.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Medicina del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento y a pacientes que solicitan atención en el Servicio de Medicina del Sueño.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño, mantener actualizado este procedimiento, en colaboración con el personal adscrito quien debe aplicarlo, bajo criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y equidad de género, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Medicina del Sueño, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 22 de 212</b>

dispuesto en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

3.3 El personal de salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y/o electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.

3.5 Las personas adscritas al Servicio de Medicina del Sueño, deben:

3.5.1 Apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

3.5.2 Identificarse con los/las pacientes que atienden.

3.5.3 Actualizar sus conocimientos para desarrollar sus funciones con calidad, eficiencia y eficacia, acorde con sus habilidades, destrezas y experiencia.









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 23 de 212</b>

3.5.4 El personal médico se debe identificar en el expediente clínico al final de la nota médica con su nombre y apellidos, cédula profesional y firma autógrafa cuando así corresponda.

3.6 La atención médica en el Servicio de Medicina del Sueño, se proporciona a pacientes mayores a dos años de edad, mediante citas de preconsulta, primera vez, subsecuentes y/o telemedicina.

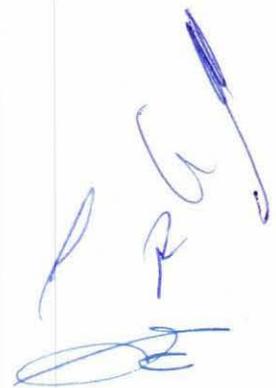
3.7 Las citas de preconsulta para atención en el Servicio de Medicina del Sueño:

3.7.1 Se proporcionan de manera presencial en el Módulo de Preconsulta de la Consulta Externa con un horario de 07:00 a 21:00 horas de lunes a viernes de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa.

3.7.2 Los horarios disponibles para las citas serán de lunes a viernes en los horarios de 08:30 y 09:00 horas, en la primera fecha disponible en la programación en los días lunes, miércoles y jueves, en estricto orden consecutivo, los martes se programan pacientes con enfermedades neuromusculares y los viernes pacientes menores de 16 años de edad.

3.7.3 El personal administrativo del módulo de preconsulta al otorgar una cita debe:

3.7.3.1 Recibir hoja de referencia médica e identificación oficial del/la paciente.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 24 de 212</b>

3.7.3.2 Entregar cuestionario de primera vez para adultos INER-SMS-02 y/o para niños INER-SMS-03 debidamente cumplimentado, ya que es requisito indispensable para la atención en el Servicio.

3.7.4 Reportar de manera inmediata al personal médico más cercano cuando detecte a un/a paciente en malas condiciones generales de salud, sobre todo con dificultad para respirar, para su valoración y de ser necesario su traslado al Servicio de Urgencias Respiratorias.

3.7.5 Los estudios o interconsultas solo pueden solicitarse hasta que el/la paciente cuente con número de expediente clínico.

3.8 Atención de **preconsulta**:

3.8.1 Durante la atención del proceso de preconsulta, no se podrá solicitar ningún tipo de estudio o interconsultas al/la paciente (adulto o pediátrico), hasta que cuente con número de expediente clínico institucional.

3.8.2 Después de la valoración de pacientes en preconsulta, es responsabilidad del personal médico especialista:

3.8.2.1 Decidir el seguimiento en consulta de primera vez o la contrarreferencia del INER.

3.8.2.2 Realizar la apertura de expediente clínico, para pacientes que continúen su atención en el Servicio de Medicina del Sueño de acuerdo con los lineamientos del INER.









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 25 de 212

3.8.2.3 Determinar la necesidad de atención de primera vez a psiquiatría especializada en trastornos del sueño no respiratorios, la cual se programa de acuerdo a la agenda del personal interconsultante.

3.8.3 Si el personal administrativo del Módulo de preconsulta del Servicio de Consulta Externa detecta a un/a paciente en malas condiciones generales de salud, sobre todo con dificultad para respirar, debe avisar a la persona titular de este Servicio o personal médico más cercano para su valoración y de ser necesario su traslado.

### 3.9 Atención **de primera vez:**

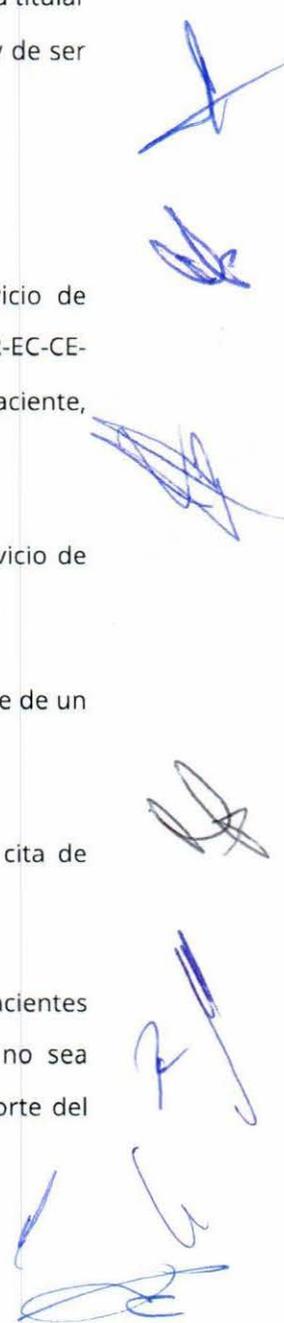
3.9.1 Las personas que requieran atención de primera vez en el Servicio de Medicina del Sueño deben acudir con solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39, debidamente cumplimentado, con datos completos del/la paciente, nombre y firma del personal médico solicitante.

3.9.2 Se da seguimiento a pacientes atendidos/as en preconsulta del Servicio de Medicina del Sueño para la atención subsecuente de los/as pacientes.

3.10 Atención por **Convenio:** Las personas adultas o pediátricas que formen parte de un convenio con el Instituto deben:

3.10.1 Solicitar directamente al personal de la Oficina de Convenios su cita de valoración.

3.10.2 Es responsabilidad del personal médico, determinar el alta de pacientes después de la consulta de primera vez o subsecuente cuando no sea necesario continuar con su atención, mediante la entrega del reporte del

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 26 de 212

estudio a través de la Oficina de Convenios, a efecto de que continúe su atención en la institución de referencia.

3.11 Atención a pacientes de **protocolo**: A los/las pacientes de protocolo, se les programa estudio del sueño y consultas de acuerdo con las características, requisitos y vigencia del protocolo de investigación en el que participan.

3.12 Para recibir atención en consulta subsecuente, es responsabilidad de las personas usuarias:

3.12.1 Acudir al módulo de preconsulta y entregar hoja de referencia que cumpla con los requerimientos institucionales e identificación oficial para solicitar cita de preconsulta.

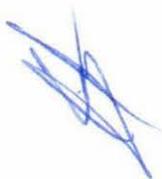
3.12.2 Acudir a su cita con el comprobante emitido en la caja de tesorería y carnet de citas en caso de pacientes institucionales y el cuestionario correspondiente, debidamente cumplimentado, ya que es requisito indispensable para la atención en el Servicio.

3.12.3 Presentarse 30 minutos antes de su cita en la recepción del Servicio de Medicina del sueño, ya sea preconsulta, consulta de primera vez o subsecuente.

3.12.4 Registrarse en módulo de preconsulta, cuando sea el caso.

3.12.5 Proporcionar dos números telefónicos en caso de ser candidato/a a seguimiento de atención por telemedicina.

3.12.6 Proporcionar dos números telefónicos en caso de programación de estudio de sueño y/o ser candidato/a para atención por telemedicina.









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 27 de 212</b>

3.12.7 En caso de no exención de pago, acudir a la caja para el trámite correspondiente y entregar el comprobante al personal administrativo de la consulta externa para todo procedimiento relacionado con el Servicio de Medicina de Sueño.

3.13 Durante el proceso de atención el personal médico debe:

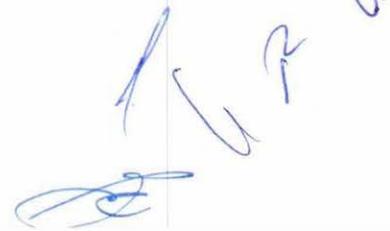
3.13.1 Identificar los casos en que considere que el estado de salud del/la paciente requiere de un manejo inmediato, dar aviso a la persona responsable en turno del Servicio de Medicina del Sueño y presentar el caso al personal médico adscrito del Servicio de Urgencias Respiratorias para trasladar al/la paciente acompañada/o por el personal médico, junto con nota médica de la valoración realizada.

3.13.2 Realizar valoración y decidir si el/la paciente es contrarreferido/a fuera del INER o se le dará seguimiento en el servicio de medicina de sueño.

3.13.3 Identificarse en el expediente clínico al final de cada nota médica con su nombre y apellidos, número de cédula profesional y firma autógrafa.

3.13.4 Dar información clara y precisa a pacientes sobre su padecimiento, estudio y tratamiento.

3.13.5 Indicar al/la paciente cuando sea candidata/o a la realización del estudio de sueño, el cual debe programarse de acuerdo con la agenda del Servicio de Medicina del Sueño, por medio de formato INER-SMS-09 debidamente requisitado y validado por médico adscrito del servicio.






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 28 de 212

3.13.6 Para pacientes que presenten Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) sin ninguna otra comorbilidad y que requieran ser tratados/as en forma inmediata, le debe indicar la Poligrafía respiratoria a domicilio seleccionando en la solicitud la clave CS12 Poligrafía a domicilio y canalizar al Módulo de Diagnóstico Ambulatorio para su programación.

3.13.7 Solicitar citas subsecuentes por telemedicina, posterior a haber recibido al menos una consulta presencial en el Servicio.

3.14 El personal administrativo de la recepción del Servicio de Medicina del Sueño, es responsable de integrar las carpetas para los estudios de sueño, previa confirmación del mismo, con los siguientes documentos:

3.14.1 Documento emitido por la caja del Departamento de Tesorería.

3.14.2 Programación de estudios.

3.14.3 Nota de preconsulta o nota de evolución médica según sea el caso.

3.14.4 Cuestionario de primera vez de sueño (niños o adultos).

3.14.5 Hoja de referencia.

3.14.6 Documentos de la Oficina de Convenios, cuando así aplique.





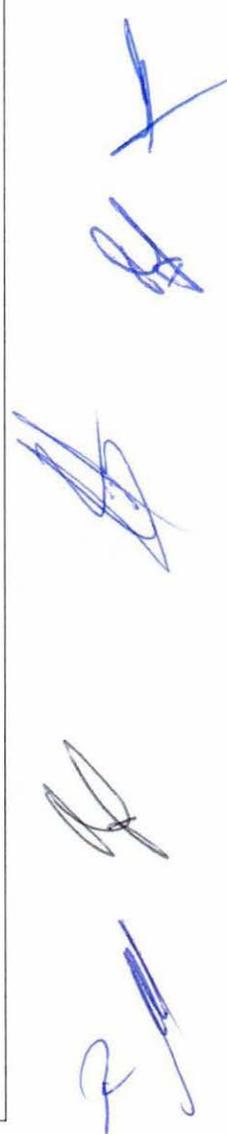


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.		Hoja 29 de 212

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

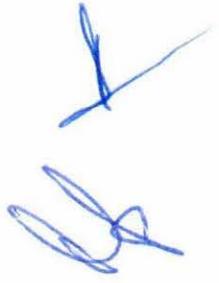
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Paciente adulto y/o familiar responsable de paciente pediátrico	1	<p>Acude al módulo de preconsulta y/o de Medicina del Sueño que corresponda para solicitar cita en la especialidad de Medicina del sueño.</p> <p><b>Preconsulta:</b> Entrega al personal administrativo del módulo de preconsulta la hoja de referencia. Continúa actividad 2.</p> <p><b>Primera Vez o subsecuente:</b> Entrega al personal de la recepción del Servicio de Medicina del sueño, la solicitud de interconsulta y carnet de citas para agendar día y hora de su cita. Continúa actividad 7.</p>	<p>Hoja de referencia</p> <p>INER-EC-CE-39 Carnet de citas</p>
Personal administrativo del módulo de preconsulta/Servicio de Medicina del Sueño.	2	Recibe del/la paciente la hoja de referencia, hoja de interconsulta y carnet de citas de acuerdo con su procedencia.	Hoja de referencia INER-EC-CE-39 Carnet de citas
	3	Registra al/la paciente en el sistema del expediente clínico electrónico y agenda día y hora para la cita de preconsulta.	
	4	Entrega a al/el paciente la hoja de registro que contiene el número identificador y el cuestionario de primera vez para pacientes adultos o pediátricos según sea el caso, e indica los trámites para el día de su cita.	INER-CE-19 INER-SMS-02 INER-SMS-03





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 30 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Paciente adulto y/o familiar responsable de paciente pediátrico  Personal médico del Servicio de Medicina del Sueño	5	Acude a su consulta el día y hora señalados, con su hoja de referencia y/o de interconsulta y cuestionario debidamente requisitado.	
	6	Realiza valoración de pacientes y determina si requiere continuar su atención en el Servicio de Medicina del sueño.  ¿Continuará con la atención del/la paciente?	
	7	No: Explica al/la paciente los hallazgos encontrados y la razón por la que no amerita seguimiento en el Servicio y le entrega nota de preconsulta, con los hallazgos explicados.  <b>Termina Procedimiento</b>	
	8	Si. Describe al/la paciente y/o familiar responsable la sospecha diagnóstica y en caso de ser preconsulta, requisita solicitud de apertura de expediente clínico, Historia Clínica y las entrega al/la paciente para seguimiento en la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.  ¿Se requiere la programación de estudios?	INER-EC-CE-04 INER-EC/DM-05
	9	No: Continúa con la atención médica hasta su alta del Servicio. Continúa actividad 24.	

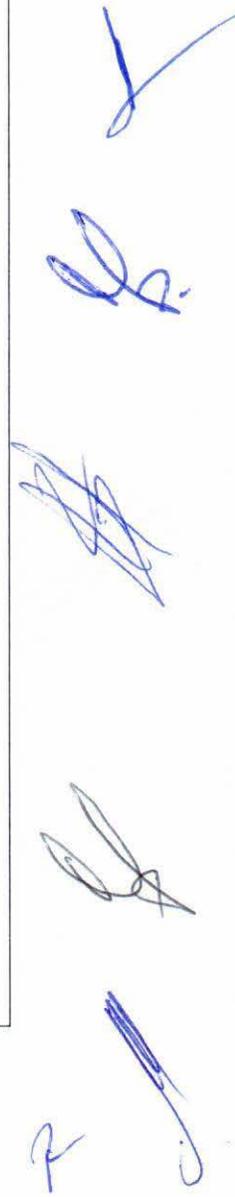






Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal administrativo de la recepción del Servicio de Medicina del Sueño	10	Sí: Requisita formato de solicitud de estudios y lo entrega al personal de recepción de Servicio de Medicina del Sueño, para programación de estudios.	INER-SMS-09
	11	Recibe del personal médico la documentación para programación de estudio y asigna cita para realización de estudio y cita de primera vez para revisión.	INER-SMS-09 Carnet de citas
	12	Anota la fecha de consulta en el carnet de citas del/la paciente, en el sistema del expediente clínico electrónico y en la agenda interna del servicio.	
Paciente adulto y/o familiar responsable de paciente pediátrico	13	Proporciona indicaciones a pacientes de acuerdo al estudio de poligrafía respiratoria durante el sueño y/o estudio de polisomnografía a realizar.	Hoja de Indicaciones para el estudio
	14	Acude el día y hora de la cita para estudio y/o atención médica programada.	
Personal administrativo de la recepción del Servicio de Medicina del Sueño	15	Prepara expediente clínico y carpeta de estudios cuando corresponda y los entrega al personal médico del Servicio.	Expediente clínico Carpeta de estudios
Personal médico del Servicio de Medicina del sueño	16	Recibe al/la paciente, le brinda atención médica y le explica la enfermedad y el tratamiento a seguir.	





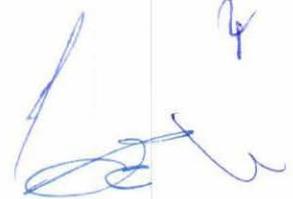
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 32 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal del módulo de diagnóstico ambulatorio	17	¿El/la paciente requiere equipo de ventilación no invasiva?  No: Continúa atención del/la paciente hasta su alta del servicio.  <b>Termina procedimiento.</b>	
	18	Sí: Canaliza al/la paciente al módulo de diagnóstico y tratamiento ambulatorio con el formato de prescripción de presión positiva.	INER-ECE-SMS-29
	19	Recibe del/la paciente la tarjeta lectora de su equipo de presión positiva continua, obtiene la información mediante el reporte correspondiente y lo entrega al personal médico de la clínica del sueño.	Tarjeta lectora SD
Personal Médico del Servicio de Medicina del Sueño	20	Recibe tarjeta lectora con reporte del equipo de presión positiva y realiza nueva valoración médica a pacientes.  ¿La valoración se realiza vía telemedicina?	
	21	No: Continúa con la atención médica de pacientes de forma presencial hasta su alta del servicio.  <b>Termina Procedimiento</b>	



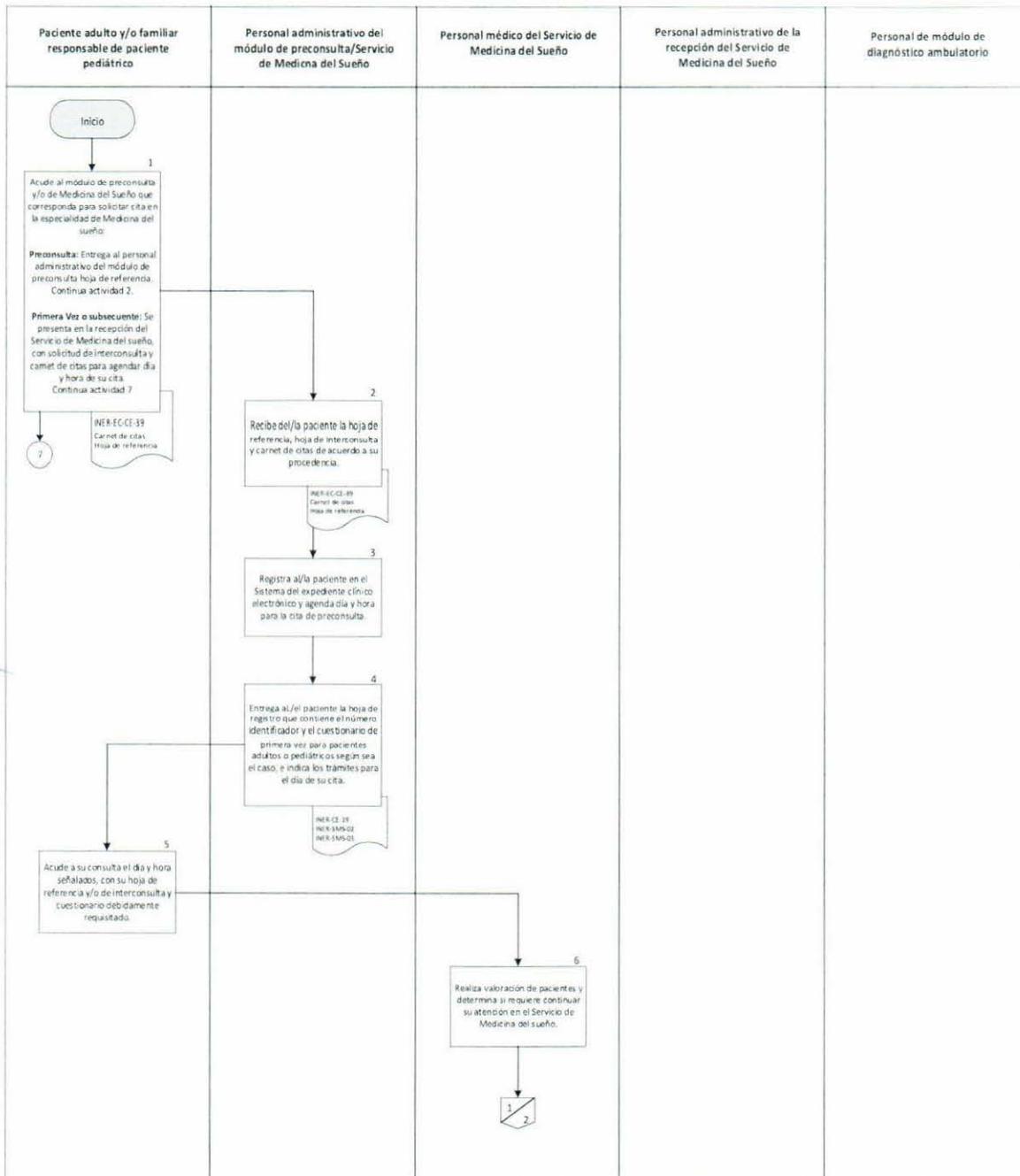

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 33 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	22	Sí: Indica al/la paciente que es candidato/a para continuar atención mediante telemedicina y explica la modalidad.	INER-ECE-DM-22
	23	Agenda nueva cita de forma presencial en caso de detectar problemas con el apego a la atención vía telemedicina, hasta el alta del servicio.	
	24	Documenta en expediente clínico convencional y electrónico cada una de las atenciones proporcionadas a pacientes.	
		<b>Termina procedimiento.</b>	




5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

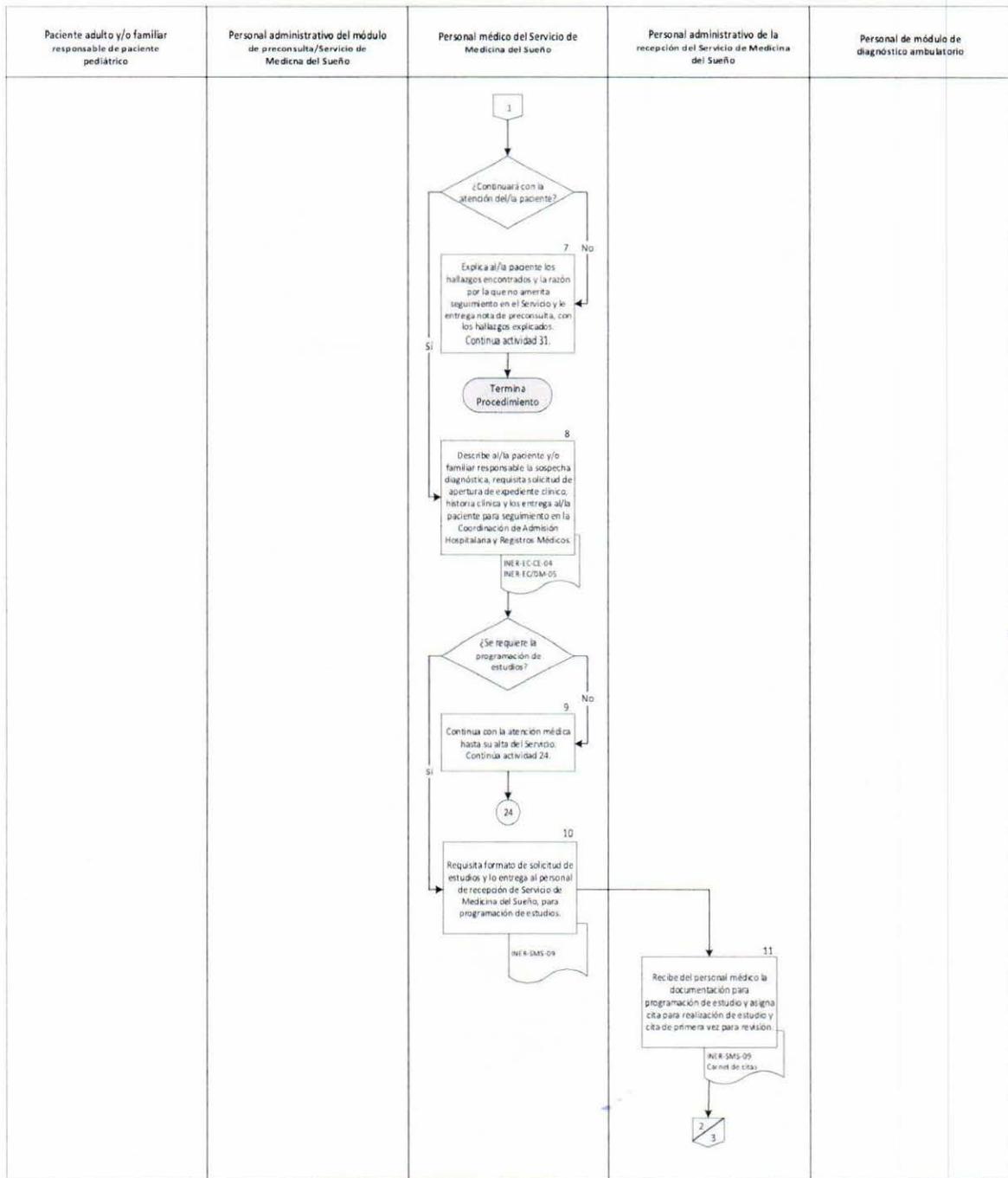


*[Handwritten signature]*

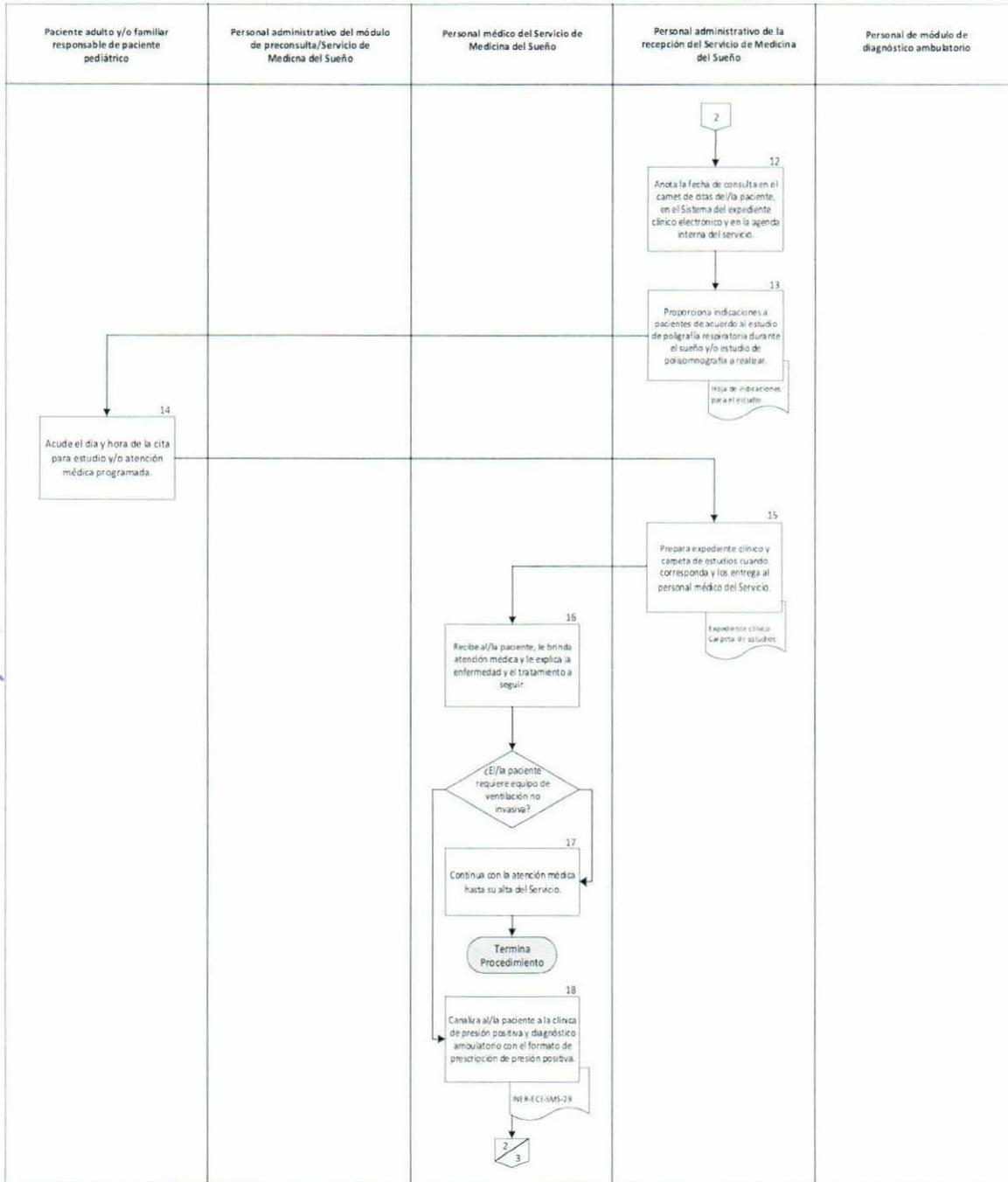
*[Handwritten signatures]*

*[Handwritten signature]*

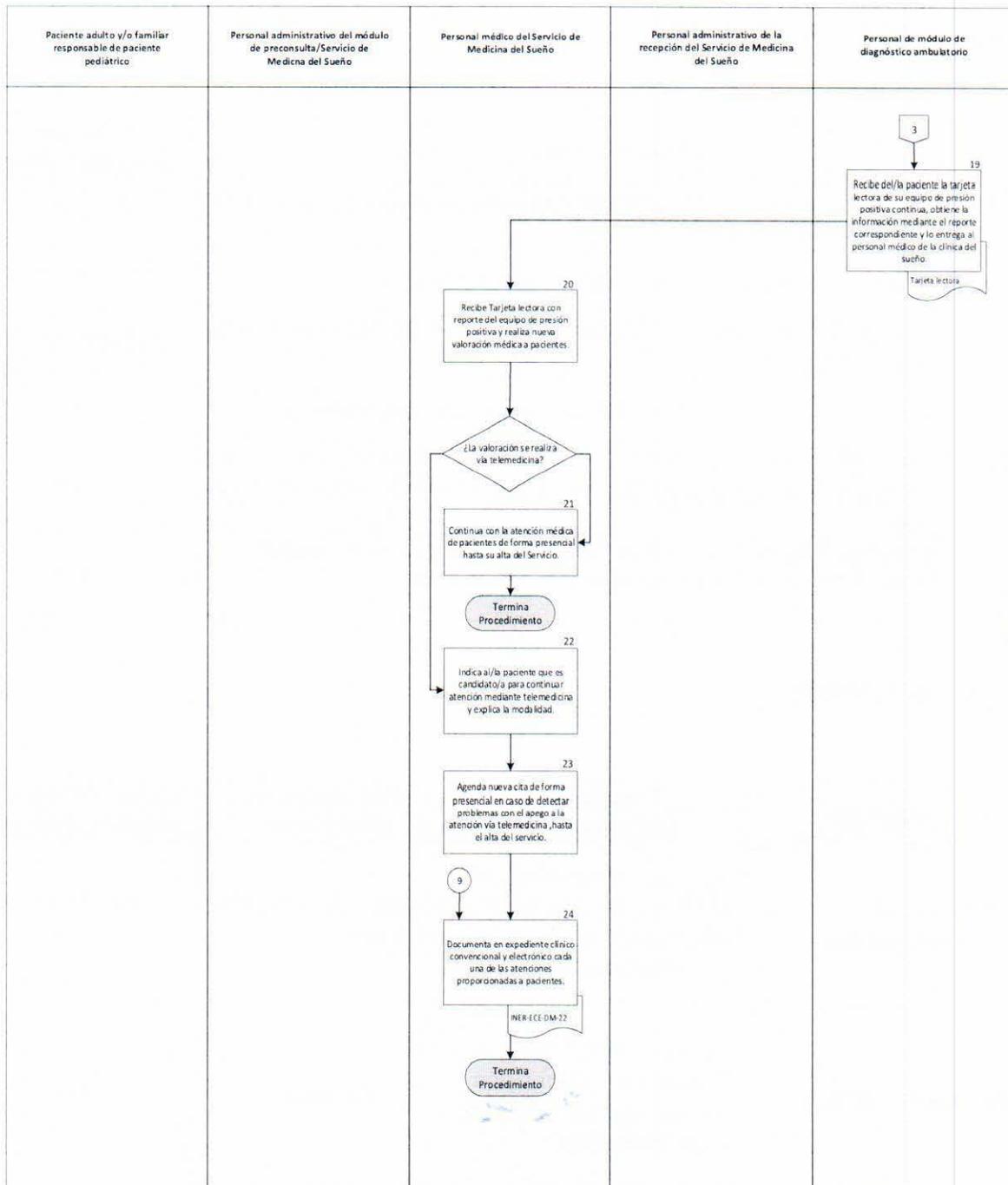
*[Handwritten signature]*

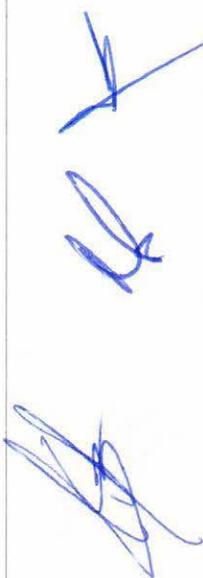










	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.		Hoja 38 de 212

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

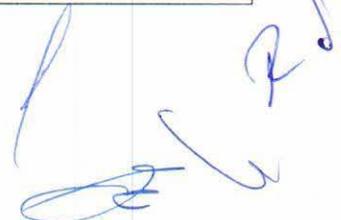
Documentos	Código (cuando aplique)
6.1. Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2. Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	INER-NCDPR-041
6.3. Manual de Procedimientos de la Coordinación de Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.	INER-NCDPR-040
6.4. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	N/P
6.5. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, Intercambio de Información en Salud	N/P
6.6. Manual de Marcación de Sueño y eventos Asociados, de la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño, Versión 3.0	N/P

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de interconsulta	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-EC-CE-39
7.2 Carnet de citas	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Paciente	N/A

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 39 de 212

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.3 Hoja de referencia	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A
7.4 Solicitud de preconsulta y trámites iniciales	5 años	Expediente Clínico	INER-CE-19
7.5 Cuestionario de primera vez para pacientes adultos	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-02
7.6 Cuestionario de primera vez para pacientes pediátricos	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-03
7.7 Solicitud de apertura de expediente	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-04
7.8 Historia Clínica	5 años	Expediente Clínico	INER-EC-05
7.9 Programación de estudios del Servicio de Medicina del sueño	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-SMS-09
7.10 Hoja de indicaciones	N/A	Paciente	N/A
7.11 Expediente clínico	5 años	Expediente Clínico	N/A
7.12 Carpeta de estudios	Lo que determina el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 40 de 212

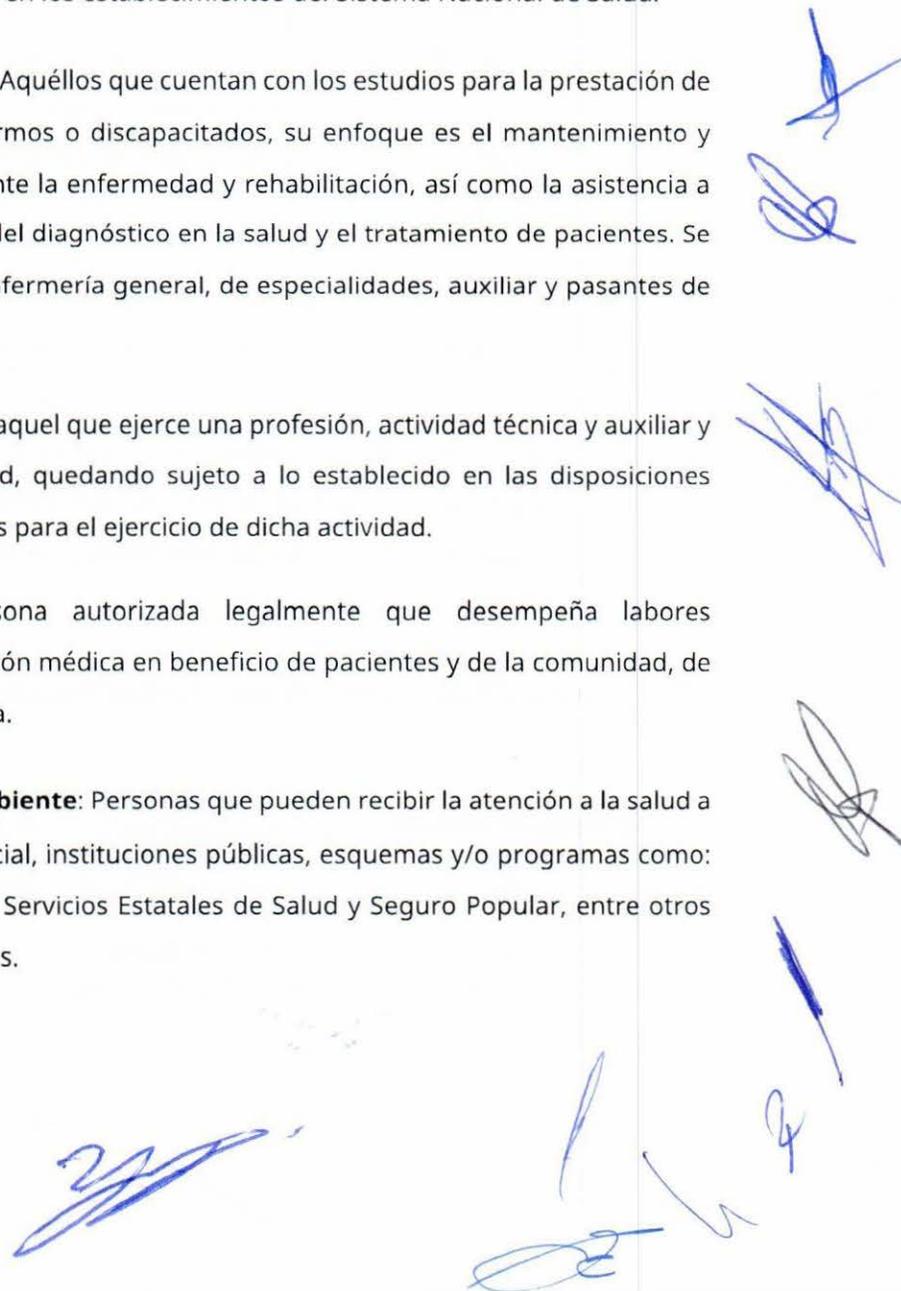
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.13 Prescripción de presión positiva	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-SMS-29
7.14 Nota de evolución	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-DM-22

## 8.0 GLOSARIO

- 8.1 **Alta del paciente:** Salida del paciente de algún servicio, después de recibir tratamiento médico o quirúrgico en el área de urgencias médicas u hospitalización.
- 8.2 **Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 8.3 **Consulta de primera vez:** Atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.
- 8.4 **Consulta subsecuente:** Atención otorgada al paciente, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.
- 8.5 **Derechohabiencia:** Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.
- 8.6 **ECE:** Sistema del Expediente Clínico Electrónico.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 41 de 212</b>

- 8.7 **Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en el tratamiento médico de un paciente, a fin de proporcionar atención integral al mismo, a solicitud del médico tratante.
- 8.8 **Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica.
- 8.9 **Personal administrativo:** Aquel profesional, técnico y auxiliar que apoyan con funciones administrativas en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
- 8.10 **Personal de enfermería:** Aquéllos que cuentan con los estudios para la prestación de asistencia médica a enfermos o discapacitados, su enfoque es el mantenimiento y cuidado de la salud durante la enfermedad y rehabilitación, así como la asistencia a médicos y profesionales del diagnóstico en la salud y el tratamiento de pacientes. Se agrupa en personal de enfermería general, de especialidades, auxiliar y pasantes de enfermería.
- 8.11 **Personal de salud:** Todo aquel que ejerce una profesión, actividad técnica y auxiliar y especialidad para la salud, quedando sujeto a lo establecido en las disposiciones jurídicas correspondientes para el ejercicio de dicha actividad.
- 8.12 **Personal médico:** Persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad, de manera directa e indirecta.
- 8.13 **Población no derechohabiente:** Personas que pueden recibir la atención a la salud a través de la asistencia social, instituciones públicas, esquemas y/o programas como: IMSSOportunidades, DIF, Servicios Estatales de Salud y Seguro Popular, entre otros de similares características.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 42 de 212

8.14 **Preconsulta.** Es una valoración médica preliminar para definir si la atención de su problema médico corresponde a una institución, de acuerdo a los criterios de admisión establecidos en la misma.

8.15 **Protocolo de investigación:** Es el documento que muestra el plan de trabajo a seguir para el desarrollo de la investigación, así como, las ideas básicas que la rigen.

8.16 **Sistema de expediente clínico electrónico; sistema ECE:** Es el medio electrónico en el cual el personal de salud, deberá registrar, anotar y certificar su intervención, relacionada con el paciente con arreglo a las disposiciones sanitarias. Permite la gestión de un único registro de salud longitudinal de cada paciente en un formato digital.

8.17 **Tele-Salud:** Corresponde al suministro de servicios de salud, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en pos de intercambiar información válida para (realizar) diagnósticos, preconizar o efectuar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes, para actividades de investigación y evaluación, así como para la formación continuada de los proveedores de cuidado en salud, de manera general para mejorar la calidad de la salud del individuo y de las comunidades.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	07-diciembre-2016	Actualización de Políticas y Procedimientos
5	28-octubre-2025	Actualización de normas, políticas y lineamientos y cambio de adscripción.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 43 de 212</b>

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39.
- 10.2 Solicitud de preconsulta y trámites iniciales INER-CE-19.
- 10.3 Cuestionario de Primera vez para pacientes adultos INER-SMS-02.
- 10.4 Cuestionario de Primera Vez para pacientes pediátricos INER-SMS-03.
- 10.5 Solicitud de apertura de expediente INER-EC-04.
- 10.6 Historia Clínica INER-EC-05.
- 10.7 Programación de estudios de laboratorio de sueño INER-SMS-09.
- 10.8 Prescripción de presión positiva INER-ECE-SMS-29.
- 10.9 Nota de evolución INER-ECE-DM-22




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 44 de 212

### 10.1 Solicitud de interconsulta INER-EC-CE-39.



## SOLICITUD DE INTERCONSULTA



Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

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	CIRUGÍA
CE04	CARDIOLOGÍA	CE24	CLÍNICA DE TRAQUEA
CE05	MEDICINA INTERNA	CE25	GASTROENTEROLOGÍA
CE06	NEUMOLOGÍA	CE26	AUDILOGÍA (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 HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CE12	DIETOLOGÍA	CE35	NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)
CE13	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CE14	HEMATOLOGÍA*	SE01	ALERGOLOGÍA
CE15	CLÍNICA DEL DOLOR	ES02	ESTOMATOLOGÍA*
CE16	REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	CT07	CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*
CE17	CLÍNICA DE TUBERCULOSIS		
CE18	CARDIOPEDIATRÍA*		
CE19			
CE20			

Diagnostico(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, solo para especialidades no neumológicas.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 45 de 212

### 10.2 Solicitud de preconsulta y trámites iniciales INER-CE-19



**SOLICITUD DE PRECONSULTA Y TRAMITES INICIALES  
NEUMOLOGIA ADULTOS**



**Expediente Temporal:** \_\_\_\_\_ **Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **CURP:** \_\_\_\_\_  
**Género:** \_\_\_\_\_ **Origen de la Referencia:** Publico \_\_\_ Privado \_\_\_ Local(INER) \_\_\_  
**Fecha y hora de la cita:** \_\_\_\_\_  
**No. de consultorio:** \_\_\_\_\_  
**Elaboró Clave y Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Código: Descripción:** \_\_\_\_\_  
**Importe:** \_\_\_\_\_

**Indicaciones:** 1.- Pasar a la planta alta. 2.- Pagar en caja interna. 3.-Pasar a Rayos X. 4.- Presentarse en el módulo de Neumología Adultos, ventanilla 1 (sala 2). 5.-Acudir a signos vitales. 6.- Presentarse en el consultorio asignado.

INER-CE-19 (01.2024)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

### 10.3 Cuestionario de Primera Vez Adultos INER-SM-S02

 <p style="text-align: center;"><b>CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ ADULTOS</b></p> <p>Fecha: _____ de _____ de 20____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>Lugar de nacimiento: _____</p> <p>Dirección Actual con Ciudad y Código Postal: _____</p> <p>Grado máximo de estudios: _____</p> <p>Teléfono de casa: _____</p> <p>Celular: _____</p> <p>Ocupación actual: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>Este cuestionario es para conocer sus hábitos de sueño y algunas alteraciones relacionadas. Lea cada pregunta y si tiene alguna duda, déjela en blanco para ser aclarada durante su consulta.</p> <p>1.- ¿Cuánto tiempo tarda en dormirse, en minutos?</p> <p>Tardo _____ minutos.</p> <p>2.- ¿A qué hora acostumbra acostarse a dormir ENTRE SEMANA?</p> <p>A las _____ horas.</p> <p>3.- ¿A qué hora acostumbra levantarse ENTRE SEMANA?</p> <p>A las _____ horas.</p> <p>4.- ¿A qué hora acostumbra acostarse a dormir en FIN DE SEMANA?</p> <p>A las _____ horas.</p> <p>5.- ¿A qué hora acostumbra levantarse en FIN DE SEMANA?</p> <p>A las _____ horas.</p>	 <p style="text-align: center;"><b>DIRECCIÓN MÉDICA</b> SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUROLOGÍA SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO</p> <p>6.- ¿Tiene un horario de sueño regular?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>7.- En promedio ¿Cuánto duerme una noche habitual?</p> <p><input type="radio"/> Menos de 7 horas</p> <p><input type="radio"/> 7 a 9 horas</p> <p><input type="radio"/> Más de 9 horas</p> <p>8.- ¿Cómo calificaría, en general, la calidad de su sueño?</p> <p><input type="radio"/> Muy buena</p> <p><input type="radio"/> Buena</p> <p><input type="radio"/> Mala</p> <p><input type="radio"/> Muy mala</p> <p>9.- En promedio ¿cuántas veces se levanta por la noche para ir al baño?</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 veces</p> <p><input type="radio"/> Más de dos veces</p> <p>10.- Con qué frecuencia usa medicamentos para dormir (prescritos o auto recetados)?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="radio"/> Una o dos veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Tres veces o más por semana</p> <p>Anote el nombre de los medicamentos para dormir que usa:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

11. Por favor indique la gravedad de su actual problema de sueño. (Durante las últimas dos semanas)					
Dificultad para quedarse dormido:	Nada. 0	Leve. 1	Moderado. 2	Grave. 3	Muy grave. 4
Dificultad para permanecer dormido:	Nada. 0	Leve. 1	Moderado. 2	Grave. 3	Muy grave. 4
Despertarse muy temprano.	Nada. 0	Leve. 1	Moderado. 2	Grave. 3	Muy grave. 4
12. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño, actualmente?					
Muy satisfecho. 0	Satisfecho. 1	Neutral. 2	No muy satisfecho. 3	Muy insatisfecho. 4	
13. ¿En qué medida considera que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario? (Por ejemplo: fatiga durante el día, capacidad para realizar las tareas cotidianas, trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)					
Nada. 0	Un poco. 1	Algo. 2	Mucho. 3	Muchísimo. 4	
14. ¿En qué medida cree que los demás se dan cuenta de su problema de sueño por lo que afecta su calidad de vida?					
Nada. 0	Un poco. 1	Algo. 2	Mucho. 3	Muchísimo. 4	
15. ¿Qué tan preocupado está por su actual problema de sueño?					
Nada. 0	Un poco. 1	Algo. 2	Mucho. 3	Muchísimo. 4	

**16.- ¿Usted ronca?**

Sí (1)  
 No  
 No lo sé

**17.- ¿Qué tan fuerte ronca?**

Como una respiración fuerte.  
 Como una conversación  
 Más fuerte que una conversación (1)  
 Muy fuerte (estridente, alto, estruendoso) (1)

**18.- ¿Qué tan frecuente ronca?**

Casi diario (1)  
 3 a 4 veces por semana (1)  
 1 a 2 veces por semana  
 Nunca o casi nunca

**19.- ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?**

Sí (1)  
 No  
 No sé

**20.- ¿Alguien ha notado que hace pausas en la respiración mientras duerme y con qué frecuencia?**

Sí, casi diario (2)  
 3 o 4 veces por semana (2)  
 1 o 2 veces por semana  
 No, nunca

**BERLÍN**

**21.- ¿Siente que, aunque duerme no descansa?**

Casi todos los días (1)  
 3 a 4 días por semana (1)  
 1 a 2 días por semana  
 1 a 2 días al mes  
 Nunca o casi nunca

**22.- Durante el día ¿se siente cansado, fatigado o con poca energía?**

Casi todos los días (1)  
 3 a 4 días de la semana (1)  
 1 a 2 días por semana  
 1 a 2 días al mes  
 Nunca o casi nunca

**23.- ¿Ha cabeceado o se ha dormido conduciendo?**

Sí (1)  
 No/No conduce

**24.- En caso afirmativo ¿con qué frecuencia le ocurre?**

Casi todos los días (1)  
 3 a 4 días de la semana (1)  
 1 a 2 días por semana  
 1 a 2 días por mes  
 Nunca o casi nunca

**25.- En los últimos 5 años, ¿Cuántos accidentes automovilísticos o laborales ha tenido por haberse quedado dormido?**

\_\_\_\_\_ accidentes

**BERLÍN**

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas se relacionan a la posibilidad que tiene de quedarse dormido o cabecear en diferentes situaciones. Marque la opción que corresponda a lo que sienta en las últimas 4 semanas. Si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de imaginar cómo le afectarían.

Situación	Posibilidad de quedarse dormido			
	Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handwritten signatures in blue ink on the right side of the page.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 48 de 212



**CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ ADULTOS**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

26. ¿Con qué frecuencia hace siesta?

Nunca

Rara vez (menos de una vez al mes)

Algunas veces (1 a 2 veces por mes)

Frecuentemente (1-2 veces por semana)

Por lo general (3 a 5 veces por semana)

Siempre (Todos los días)

27. En promedio ¿cuánto tiempo duran sus siestas?

28. ¿Durante esas siestas sueña?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

29. ¿Con frecuencia le duele la cabeza al despertar?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

30. ¿Con frecuencia se despierta por tener sensación de ahogo por la noche?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

31. ¿Rechina los dientes mientras duerme?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

32. ¿Alguna vez le han dicho, o se ha dado cuenta, que actúa sus sueños mientras duerme? (Por ejemplo, golpeando, moviendo las manos o piernas como si corriera.)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

33. ¿Le han dicho o ha percibido que tiene movimientos súbitos o sacudidas en las piernas o brazos mientras duerme?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

34. Al despertar ¿Ha tenido la sensación de estar paralizado, como si estuviera algo o alguien encima de usted o "se ha subido el muerto"?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

35. ¿Al tener una emoción intensa o una carcajada (Alguna parte de su cuerpo se ha quedado sin fuerza)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

36. ¿Al quedarse dormido o al despertar ha visto, escuchado o sentido cosas que los demás no perciben?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

37. ¿Ha tenido sensaciones desagradables, como de hormigueo o dolor en sus piernas, combinada con una urgencia o necesidad de mover sus piernas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

38. ¿Esas sensaciones EMPEORAN en reposo o inactividad como al estar sentado o acostado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

39. ¿Esas sensaciones MEJORAN parcial o totalmente con el movimiento, por ejemplo, al caminar o estirar las piernas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

40. ¿Son peores esas sensaciones en la tarde o noche que en la mañana?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

41. ¿Algún familiar en primer grado (hijo, padre o hermano) tiene mucho sueño durante el día o tiene una enfermedad del sueño?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

42. ¿Con qué frecuencia tomas bebidas como café, té o refrescos de cola?

Nunca

Rara vez (menos de una vez al mes)

Algunas veces (1 a 2 veces por mes)

Frecuentemente (1-2 veces por semana)

Por lo general (3 a 5 veces por semana)

Siempre (Todos los días)

43. En promedio, cada vez que toma estas bebidas ¿Cuántos vasos o tazas toma en un día?

\_\_\_\_\_

44. ¿Con qué frecuencia toma usted bebidas alcohólicas?

Nunca

Menos de una vez al mes

1-2 veces por mes

1-2 veces por semana

3 o más veces por semana

45. En promedio, cada vez que toma bebidas alcohólicas, ¿Cuántas copas o cervezas toma?

\_\_\_\_\_

46. ¿Fuma actualmente?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

47. ¿Cuántos años ha fumado en total en su vida?

\_\_\_\_\_ Años

48. ¿Cuántos cigarrillos en promedio ha fumado por día?

\_\_\_\_\_ Cigarrillos

49. ¿Padece hipertensión arterial (presión alta)?

Sí (+)

No

No lo sé

50. ¿Padece enfermedades del corazón?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

51. ¿Padece enfermedades de los pulmones?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

52. ¿Padece diabetes o azúcar alta?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

53. ¿Padece enfermedades de la tiroides?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 49 de 212</b>

54. ¿Ha padecido o padece gastritis, úlcera, reflujo o agruras?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

55. Padece o ha padecido algún tipo de cáncer o tumor?

No \_\_\_\_\_ Si: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

56. ¿Con frecuencia tiene tos por la noche?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

57. ¿Con frecuencia le silba el pecho por la noche?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

58. ¿Estornuda muy frecuentemente en el día?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<b>INSTRUCCIONES:</b> Marque la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en las últimas dos semanas.	
59. Me siento tenso (a) y ansioso (a) <input type="checkbox"/> 3 Casi todo el día <input type="checkbox"/> 2 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 1 De vez en cuando <input type="checkbox"/> 0 Nunca	66. Me siento lento (a) y torpe <input type="checkbox"/> 3 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 2 A menudo <input type="checkbox"/> 1 A veces <input type="checkbox"/> 0 Nunca
60. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre <input type="checkbox"/> 3 Ciertamente, igual que antes <input type="checkbox"/> 2 Solamente un poco <input type="checkbox"/> 1 Ya no disfruto con nada	67. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Solo en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0 Muy a menudo
61. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder <input type="checkbox"/> 3 Si y muy intenso <input type="checkbox"/> 2 Si, pero no muy intenso <input type="checkbox"/> 1 Si, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> 0 No siento nada de eso	68. He perdido el interés en mi aspecto personal <input type="checkbox"/> 3 Completamente <input type="checkbox"/> 2 No me cuida como debería de hacerlo <input type="checkbox"/> 1 Es posible que no me cuida como debería <input type="checkbox"/> 0 Me cuida como siempre lo he hecho
62. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas <input type="checkbox"/> 0 Igual que siempre <input type="checkbox"/> 1 Actualmente, algo menos <input type="checkbox"/> 2 Actualmente, mucho menos <input type="checkbox"/> 3 Actualmente, en absoluto	69. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme <input type="checkbox"/> 3 Realmente mucho <input type="checkbox"/> 2 Bastante <input type="checkbox"/> 1 No mucho <input type="checkbox"/> 0 En absoluto
63. Tengo la cabeza llena de preocupaciones <input type="checkbox"/> 3 Casi todo el día <input type="checkbox"/> 2 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 1 De vez en cuando <input type="checkbox"/> 0 Nunca	70. Espero las cosas con ilusión <input type="checkbox"/> 0 Como siempre <input type="checkbox"/> 1 Algo menos que antes <input type="checkbox"/> 2 Mucho menos que antes <input type="checkbox"/> 3 En absoluto
64. Me siento alegre <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Muy pocas veces <input type="checkbox"/> 1 En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> 0 Gran parte del día	71. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor <input type="checkbox"/> 3 Muy a menudo <input type="checkbox"/> 2 Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 0 Nunca
65. Soy capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a) y relajado (a) <input type="checkbox"/> 0 Siempre <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Raras veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca	72. Soy capaz de disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión <input type="checkbox"/> 0 A menudo <input type="checkbox"/> 1 Algunas veces <input type="checkbox"/> 2 Pocas veces <input type="checkbox"/> 3 Casi nunca
HADS A: _____ D: _____	



Queremos entender la importancia de la apnea del sueño o ronquido para usted. Elija la respuesta que describa mejor como se siente frente a cada situación en las últimas 4 semanas.

73. ¿Qué tanto se ha tenido que esforzar para mantenerse despierto durante un día habitual? (en el trabajo, escuela, cuidando a los niños o en el trabajo de la casa)

- Nada
- Un poco de esfuerzo
- De un poco a una moderada cantidad de esfuerzo
- Moderada cantidad de esfuerzo
- De moderado a mucho esfuerzo
- Mucho esfuerzo
- Muy grande cantidad de esfuerzo

74. ¿Con qué frecuencia ha tenido que usar toda su energía para cumplir con su actividad principal? (trabajo, escuela, cuidar de los niños o el trabajo de casa)

- Nunca
- Rara vez
- De pocas a moderadas veces
- Moderadas veces
- De moderadas a muchas veces
- Muchas veces
- Muchísimas veces

75. ¿Qué tan difícil le ha sido encontrar energía necesaria para hacer otras actividades? (como ejercicio o actividades recreativas)

- Nada difícil
- Un poco difícil
- De poco a moderadamente difícil
- Moderadamente difícil
- De moderadamente a muy difícil
- Muy difícil
- Mucho muy difícil

76. ¿Qué tanto ha luchado para mantenerse despierto?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

77. ¿Qué tanto le molesta que digan que su ronquido es molesto?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

78. ¿Qué tanto problema le causan discusiones o conflictos frecuentes con los que le rodean?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

79. ¿Con qué frecuencia ha buscado excusas para justificar que está cansado?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

80. ¿Con qué frecuencia no ha deseado hacer cosas con su familia y/o amigos?

- Nunca
- Pocas veces
- De pocas veces a moderadas
- Moderadas veces
- De moderadas a muchas veces
- Muchas veces
- Muchísimas veces

81. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, triste o sin esperanzas?

- Nunca
- Pocas veces
- De pocas veces a moderadas
- Moderadas veces
- De moderadas a muchas veces
- Muchas veces
- Muchísimas veces

82. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente?

- Nunca
- Pocas veces
- De pocas veces a moderadas
- Moderadas veces
- De moderadas a muchas veces
- Muchas veces
- Muchísimas veces

83. ¿Qué tan problemático le es enfrentarse a los asuntos cotidianos?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

84. ¿Qué tan problemática le resulta la falta de energía?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

85. ¿Qué tan problemática le resulta la fatiga?

- Nada
- Un poco
- De poco a moderadamente
- Moderadamente
- De moderadamente a mucho
- Mucho
- Muchísimo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 51 de 212</b>

86. ¿Qué tan problemático le resulta despertar y sentir que no ha descansado?
- Nada
  - Un poco
  - De poco a moderadamente
  - Moderadamente
  - De moderadamente a mucho
  - Mucho
  - Muchísimo

En las siguientes líneas, por favor anote los medicamentos que recibe actualmente, así como la forma de tomarlos.

---

---

---

---

---

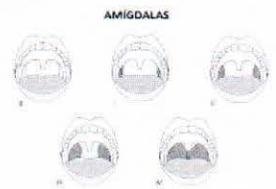
---

---

---

**LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO, MUCHAS GRACIAS**

Peso: \_\_\_\_\_ kg      C. Cuello: \_\_\_\_\_ cm      Temp: \_\_\_\_\_ °C      SpO2: \_\_\_\_\_ %  
Talla: \_\_\_\_\_ m      P. Abd: \_\_\_\_\_ cm      TA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg      ETCO2: \_\_\_\_\_ mmHg  
IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>      P. Cadera: \_\_\_\_\_ cm      FC: \_\_\_\_\_ lpm      FR: \_\_\_\_\_ rpm



**BERLIN** \_\_\_\_\_ Categorías       Alto riesgo       Bajo riesgo  
**SACS** \_\_\_\_\_ Puntos       Probabilidad Alta       Probabilidad Media       Probabilidad Baje  
**Epworth** \_\_\_\_\_ / 24  
**ISI** \_\_\_\_\_ puntos      \_\_\_\_\_ 0-7      \_\_\_\_\_ 8-14      \_\_\_\_\_ 15-21      \_\_\_\_\_ 22-28  
**HADS** \_\_\_\_\_ Ansiedad      \_\_\_\_\_ Depresión

*(Handwritten signatures and marks in blue ink)*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 52 de 212</b>

### 10.4 Cuestionario de Primera Vez para Niños INER-SMS-03



#### CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE REGIMEN DIURNO  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

Este cuestionario está diseñado para obtener información sobre la salud general y hábitos de sueño en niños y niñas. Debe ser llenado por los padres o cuidadores del paciente. Por favor responda todas las preguntas, de acuerdo a la salud y sueño del niño (a) en los últimos 6 meses.

Fecha en la que se llena el formato (Día/Mes/Año): _____ / _____ / _____		Fecha de nacimiento del (la) menor (Día/Mes/Año): _____ / _____ / _____	
Nombre Completo del paciente _____		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad de nacimiento del paciente _____	Domicilio: Calle y número _____	Colonia _____	
Delegación o Municipio _____	Estado _____	Código postal _____	
Telefono _____	Celular _____		

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

Edad actual de la madre: _____ años	Edad actual del padre: _____ años
¿La madre del niño(a) fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El padre del niño(a) fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin contar al padre y a la madre del niño(a), ¿alguna otra persona fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió la madre del niño(a)? _____ años	Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió el padre del niño(a)? _____ años
¿Alguien en la familia tiene algún trastorno del sueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta anterior fue positiva, ¿Quién tiene trastorno del sueño? _____

#### ANTECEDENTES PERINATALES

¿Qué edad tenía la madre del niño (a) al momento del embarazo? _____ años	¿Cuántas consultas de control prenatal tuvo la madre durante el embarazo? _____ consultas
¿La madre del niño(a) fumó durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La madre del niño(a) tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El niño (a) nació por parto o cesárea? <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Cesárea	¿De cuántos meses de embarazo nació el niño (a)? _____ Meses
¿Cuál fue el peso de su hijo(a) al nacer? _____ Kg	¿Cuál fue la calificación (APGAR) de su hijo(a) al nacer? _____ / _____
¿El niño(a) necesito terapia intensiva al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño(a) necesito oxígeno al salir del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El niño(a) fue dado de alta con usted al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Al niño(a) le realizaron terna neonatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-01-0002

INER-SMS-03 (06.2021)

/

/

/

/

/

/

/



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 54 de 212</b>



**CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ  
PARA NIÑOS**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

<p><b>CONDUCTA CUANDO DUERME</b></p> <p>Cuando su hijo (a) duerme...</p> <p>¿Ronca alguna vez?    ___ Sí ___ No ___ No sé</p> <p>¿Ronca más de la mitad del tiempo?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Ronca siempre?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Ronca de forma ruidosa?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Tiene una respiración ruidosa o profunda?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Tiene problemas o dificultad para respirar?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>Alguna vez...</p> <p>¿Ha visto a su hijo (a) hacer pausas en la respiración mientras duerme?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>Si es así, por favor describa lo que ocurrió: _____</p> <p>¿Le ha preocupado la respiración de su hijo (a) durante el sueño?    ___ Sí ___ No ___ No sé</p> <p>¿Ha tenido que mover o sacudir a su hijo (a) mientras duerme para que se despierte y vuelva a respirar?    ___ Sí ___ No ___ No sé</p> <p>¿De vez en cuando se urina en la cama?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p>	<p><b>CONDUCTA DURANTE EL DÍA Y OTROS POSIBLES PROBLEMAS:</b></p> <p>Su hijo (a)...</p> <p>¿Tiene tendencia a respirar con la boca abierta durante el día?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Tiene la boca seca cuando se despierta por las mañanas?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Se despierta cansado por la mañana?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Está somnoliento (tiene mucho sueño) durante el día?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Los profesores o algún cuidador de su hijo (a) le han comentado alguna vez que este somnoliento durante el día?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Le cuesta despertar a su hijo (a) por la mañana?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Su hijo (a) se queja de dolor de cabeza por las mañanas, cuando se despierta?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Alguna vez desde que nació su hijo (a), le han dicho que se detuvo su crecimiento o que tiene talla baja?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>¿Su hijo (a) tiene sobrepeso (pesa más de lo normal para su edad)?    ___ Sí (1) ___ No ___ No sé</p> <p>Si la respuesta anterior fue sí, ¿a qué edad empezó a subir de peso? _____ años.</p>
--	---

\*Instrucciones: por favor, indique, poniendo una cruz en la casilla correspondiente, con qué intensidad presenta estos problemas su hijo.

Su hijo (a), a menudo...	Siempre (1)	Frecuentemente (1)	Algunas veces	Nunca
Parece no prestar atención cuando le hablan				
Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades				
Se distrae fácilmente con estímulos irrelevantes				
Mueve mucho las manos y/o los pies mientras está sentado, o se mueve mucho mientras está sentado				
Está siempre en movimiento o es muy inquieto				
Interrumpe las conversaciones o los juegos de los demás				

X

R

R

[Signature]

[Signature]



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 56 de 212

LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Favor de no escribir en esta área

Peso	kg	Talla	metros	IMC	Perímetro del cuello	cm
SaO2		ETCO2		FC	FR	TA

<b>Explorar apertura bucal sin abatelenguas</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>Clase I</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>Clase II</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>Clase III</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>Clase IV</b>   </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>MALLAMPATI</b></p>	<b>Tamaño de las amígdalas con abatelenguas y sin arqueo</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>0</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>I</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>II</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>III</b>   </div> <div style="text-align: center;"> <b>IV</b>   </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS</b></p>
<b>Clase de mordida</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  Clase I         </div> <div style="text-align: center;">  Clase II         </div> <div style="text-align: center;">  Clase III         </div> </div> <p style="text-align: center;">Clase: _____</p>	 <div style="display: flex; justify-content: flex-end;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal (1)</li> <li>Retrognata (2)</li> <li>Micrognata (3)</li> <li>Prognata (4)</li> </ul> </div>

<b>Escala de SRD:</b> Respuestas Si: _____ Respuestas Si/No: _____ Cociente: _____ <b>Riesgo alto para AOSp (&gt;0.33):</b> _____ <b>Riesgo bajo para AOSp (≤0.33):</b> _____	<b>Comentarios adicionales:</b>   
--	---

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

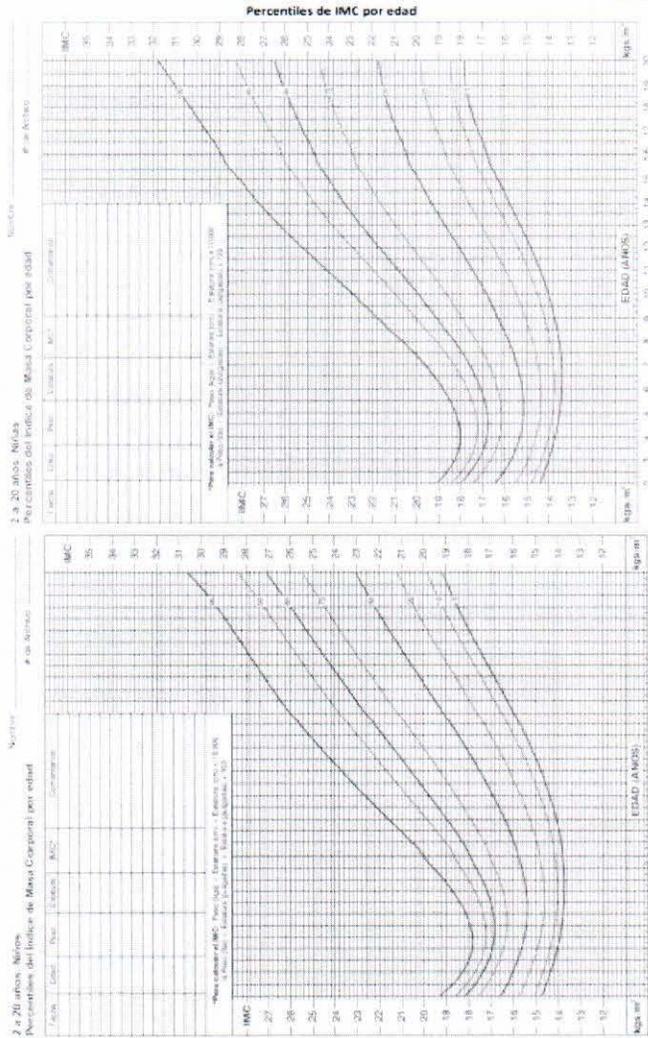
*[Handwritten signature]*



**CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS**



DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
 SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO



*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 58 de 212

**10.5 Solicitud de apertura de expediente INER-EC-04**

	<b>SOLICITUD DE APERTURA DE EXPEDIENTE</b>		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (IMAR, OJCA, VILLERIO) DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUROLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		
FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE EXPEDIENTE	
NOMBRE DEL/A PACIENTE					
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DÍA	EDAD: AÑOS	GÉNERO: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICOS					
SERVICIO SOLICITANTE					
NEUMOLOGÍA	<input type="checkbox"/>	OTORRINOLARINGOLOGÍA	<input type="checkbox"/>	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA TORÁCICA	<input type="checkbox"/>	CIENI	<input type="checkbox"/>	CLÍNICA DE TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
CLÍNICA DE EPOC	<input type="checkbox"/>	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	<input type="checkbox"/>		
OTROS:					
FIRMA DE SOLICITUD			VISTO BUENO		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE			NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL SERVICIO		
PARA USO EXCLUSIVO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA					
AUTORIZACIÓN			HORA		
NOMBRE Y FIRMA					

Handwritten signatures in blue ink are present on the page, including a large signature on the left side and several others on the right side, some appearing to be initials or names.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 59 de 212

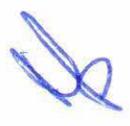
### 10.6 Historia Clínica INER-EC-05



### HISTORIA CLÍNICA



NOMBRE DEL PACIENTE		NUMERO DE EXPEDIENTE		FECHA DE NACIMIENTO (Año/Mes/Día)	
FECHA DE ELABORACIÓN		SERVICIO DE PROCEDENCIA		SERVICIO QUE ELABORA	
EDAD					
GÉNERO	PESO	TALLA	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	OCCUPACION
LUGAR DE ORIGEN			LUGAR DE RESIDENCIA		
<p><b>ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:</b> Causas y edades de morbi-mortalidad (Padres, Hermanos, Cónyuge, Hijos): Cáncer, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Obesidad, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, otras.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:</b> ejercicio, deporte, sexualidad, higiene, habitación, dieta / estado nutricional, inmunizaciones, antecedentes ocupacionales, viajes. Para casos pediátricos: nacimiento y desarrollo psicomotriz.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:</b> tabaquismo (paquetes año), alcoholismo (tiempo cantidad), exposición al humo de leña, toxicomanías, enfermedades congénitas, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alergias e intolerancia a fármacos, transfusionales, intoxicaciones, enfermedades, hospitalizaciones (relato cronológico). Nota: Documentar medicación crónica y actual en la siguiente hoja.</p>					
<p><b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b> menarca, ritmo catamenial/características, inicio de vida sexual, gestaciones, partos, cesáreas, abortos lactancia, contracepción, menopausia.</p>					




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 61 de 212</b>



## HISTORIA CLÍNICA



### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

**SÍNTOMAS GENERALES:** variación ponderal, apetito, sed, fiebre, escalofríos, diaforesis, astenia, adinamia, fatiga, debilidad, malestar general.

**RESPIRATORIO:** tos, expectoración, hemoptisis, disnea, sibilancias, dolor pleurítico.

**CARDIOVASCULAR:** precordalgia, palpitaciones, disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística, edema, síncope, claudicación.

**DIGESTIVO:** anorexia, náusea, vómito, disfagia, odinofagia, pirosis, reflujo, regurgitación, hematemesis, dolor abdominal, distensión, hábito intestinal (cambios), constipación, diarrea, pupo, tenesmo, rectorragia, melena, ictericia, coluria, escolia.

**GENITO-URINARIO:** disuria, hematuria, poliuria, nicturia, chorro (calibre, fuerza, tenesmo, goteo), incontinencia, retención, pene, testículos, libido, potencia sexual, infertilidad, vagina: flujo, dolor, comezón, ardor; Mamas: dolor, masas, lesiones, secreción.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 62 de 212



## HISTORIA CLÍNICA



### EXPLORACIÓN FÍSICA

**INSPECCIÓN GENERAL:** sexo, edad aparente, estado de consciencia, orientación, facies, actitud, integridad y conformación. Movimientos anormales. Marcha. Cooperación.

**CABEZA:** cráneo; cabello, senos paranasales. Articulación temporo-mandibular; pares craneales V y VII (sensibilidad y mimica facial), asimetrías.

**OJOS:** xantelasma, conjuntivas, escleróticas, corneas. Par craneal II. Campimetría. Movimientos: pares craneales III, IV y VI. Pupilas, reflejos fotomotor, motomotor, consensual. Fondo óptico.

**NARIZ:** offacción Par I. Aleteo nasal. Rinoscopia.

**OIDO:** audición Rinne/Weber (Par craneal VIII). Otoscopia: conducto auditivo externo. Timpano.

**BOCA:** mucosa, labios, dientes, encías. Lengua (Par XII). Paladar duro y blando. Reflejo nauseoso (Par Craneal IX y X). Orofaringe (Uvula, amígdalas). Fonación. Deglución.

**CUELLO:** piel, edema, crepitación. Rigidez, movimientos. Traquea: movilidad, dolor. Yugulares: presión venosa, distensión. Carótidas, pulsos, soplos, frémito. Tiroides: crecimiento, nódulos. Adenomegalias. Parótidas.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 63 de 212</b>



## HISTORIA CLÍNICA



### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

**ENDOCRINO:** polidipsia, polifagia, bocio, letargo, bradialia. Intolerancia a frío/calor. Amenorrea, ginecomastia. Obesidad (truncal, facial). Características sexuales.

**REUMATOLÓGICO:** ganglios, úlceras orales, xerostomía, xerofalmia, fotosensibilidad, artralgias, mialgias, rigidez matutina, fuerza muscular, deformidades articulares, movimientos, marcha, fenómeno de Raynaud.

**HEMATOLÓGICO:** adenomegalias, palidez de tegumentos, petequias, púrpura, equimosis, hematomas, sangrado gingival.

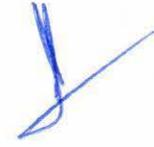
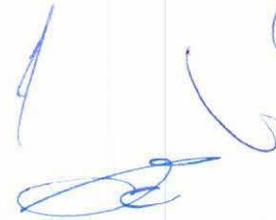
**NEUROLÓGICO:** cefaleas, convulsiones, pérdida del estado de alerta, parestias, parestias, mareo, vértigo, sueño, marcha, equilibrio. Diestro(a). Funciones superiores.

**ORGANOS DE LOS SENTIDOS:** visión, agudeza visual, diplopia, visión borrosa. Dolor, amaurosis fugaz. Otaigia, otorrea, hipoacusia, tinitus. Rinorrea, epistaxis, dolor, escurreimiento retronasal. Garganta: dolor, fonación.

**PIEL Y ANEXOS:** lunares, variaciones de color, rash, dolor, prurito, masas, pelo, uñas.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

TENSIÓN ARTERIAL: / mm Hg	FRECUENCIA CARDIACA: por min.
FRECUENCIA RESPIRATORIA: por minuto.	TEMPERATURA: °C.
OXIMETRÍA DE PULSO: %Sat	CIRCUNFERENCIA DE CUELLO: cm
PESO Kg	TALLA: M
	ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 64 de 212



## HISTORIA CLÍNICA



**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Tórax  
inspección

Palpitación

Percusión

Auscultación

Área cardíaca

Mamas

---

**ABDOMEN:** forma, volumen, simetría. Piel: cicatrices, edema. Reflejos, hiperestesia, hiperalgesia, dolor, rebote, hernias. Ascito. Peristaltis. Visceromegalias. Pulsos, soplos.

---

**RECTO:** Tacto rectal, esfínter, paredes, masas. Próstata. Sangre oculta en heces.

---

**GENITALES:** Pene, testículos, vulva. Hernias.

---

**EXTREMIDADES:** Volumen, estado de la superficie: cianosis, edema, pulsos, circulación distal. Hommans.

---

**NEUROLÓGICO:** Pares craneales, Sistema motor, reflejos osteotendinosos. Sensibilidad: tacto. Vibración. Función Cerebral.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 65 de 212



### HISTORIA CLÍNICA



#### LABORATORIO Y GABINETE

Gasometría arterial:	PaO2	mmHg	PaCO2	mmHg	HCO3	méq/L	PH
Espirometría	CVF	FEV1	FEV1/CVF				
Radiografía de tórax:							
							

#### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

#### PRONÓSTICO

#### PLANES

PLANEACIÓN TEMPRANA DEL ALTA: (Pacientes que requieren planeación temprana del alta, con apoyo de equipo médico y/o cuidados especiales)

Oxígeno suplementario  Ventilación mecánica  Cuidado de estomas  Manejo de drenaje  Cuidados paliativos  Transporte  Ninguno

ELABORÓ LA HISTORIA CLÍNICA:

Nombre completo del médico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Cédula profesional \_\_\_\_\_  
REVISÓ LA HISTORIA CLÍNICA

Nombre completo del médico \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Cédula profesional \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

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

Página 7 de 7

INER-EC-05 (05.2022)

Handwritten signatures in blue ink on the right side of the page, including a large 'X' mark at the top and several scribbled signatures below.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 66 de 212

### 10.7 Programación de Estudios de Laboratorio de Sueño INER SMS-09

		<b>PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SUEÑO</b>	
		DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUROLOGÍA SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO	

NOMBRE: _____  FECHA DE NACIMIENTO: _____ <small>DD / MM / AAAA</small> NO DE EXPEDIENTE: _____	EDAD: _____ GÉNERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO CONSULTA DR (A): _____ RESIDENTE: _____ FECHA DE ESTUDIO: _____ / _____ / 20____ FECHA DE RESULTADOS: _____ / _____ / 20____ TELÉFONOS: _____
---	---

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES, DX Y/O INDICACIÓN DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

---

**I. POBLACIÓN DEL PACIENTE:**

NIÑO (<13 años)

OBESIDAD GRADO III

ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR O DISCAPACIDAD

**II. TIPO DE ESTUDIO:**

A) POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA  
 Registro basal  
 Dividido  
 Ventilatorio

B) POLISOMNOGRAFIA DIURNA

C) POLIGRAFIA RESPIRATORIA monitor: \_\_\_\_\_  
 Basal  
 Con Auto CPAP  
 Ventilatoria

D) LATENCIAS MÚLTIPLES AL SUEÑO

E) APAP Programación: \_\_\_\_\_

**III. INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO**

CDN MEDICION TC DE CO2 \_\_\_\_\_

MONTAJE ESPECIAL \_\_\_\_\_

VIDEOPOLISOMNOGRAFIA \_\_\_\_\_

**IV. ¿REQUERIRÁ O<sub>2</sub> SUPL DE INICIO?** NO  SÍ  Lx' \_\_\_\_\_

**V. PARA REGISTRO CON PAP:** EQUIPO  Del laboratorio  Del paciente

Modo: \_\_\_\_\_ Presiones: \_\_\_\_\_ Mascarilla: \_\_\_\_\_

Otras variables de BINIVEL: FR: \_\_\_\_\_ VOL: \_\_\_\_\_ TI: \_\_\_\_\_ TS: \_\_\_\_\_

**VI. INDICACIONES ESPECIALES DEL MÉDICO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 67 de 212

### 10.7 Prescripción de Presión Positiva

<p>SALUD</p> 	<p>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas</p>		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">             NSC:      F.Nac:      ( Años, Meses)         </td> </tr> </table>	 NSC:      F.Nac:      ( Años, Meses)
 NSC:      F.Nac:      ( Años, Meses)				
<b>Prescripción de Presión Positiva</b>				
<p>Fecha y hora de elaboración _____</p> <p>ha sido recientemente estudiado en nuestro servicio y encontramos que requiere la utilización de un dispositivo de presión positiva en la vía aérea con las siguientes especificaciones:</p> <p>Modo _____</p> <p>Presión(es) _____</p> <p>Rampa _____</p> <p>Tamaño y tipo de interfaz _____</p> <p>Prescripción de uso (tiempo de uso) _____</p> <p>Oxígeno suplementario _____</p> <p>Litros por minuto _____</p> <p>Comentarios _____</p> <p>_____ Médico Adscrito</p> <p>_____ Ced.</p>				









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		<b>Hoja 68 de 212</b>

**10.9 Nota de evolución INER-ECE-DM-22**

**SALUD** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Ismael Cosío Villegas

**INER**

Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido
		Expediente
NSC: F.Nac: 00/00/0000 (		Años. Meses

Nota de Evolución

Servicio \_\_\_\_\_  
 Número de cama \_\_\_\_\_  
 Género \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de elaboración \_\_\_\_\_

**Somatometría - (1 Registro)**

Peso Actual (Kg)	Talla (m)	IMC	Diagnóstico IMC

**Signos Vitales - (1 Registro)**

Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Tensión Arterial Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial Diastólica (mmHg)	Tensión Arterial Media	Temperatura Corporal (°C)	PAM	SpO2	PiO2	Lts

Paciente

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 69 de 212

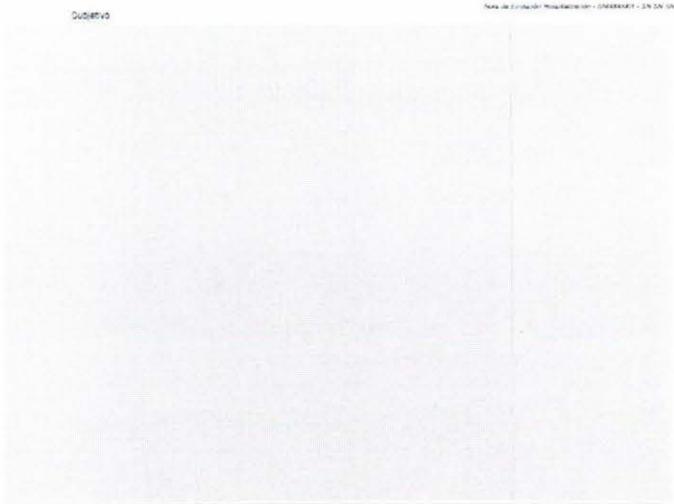


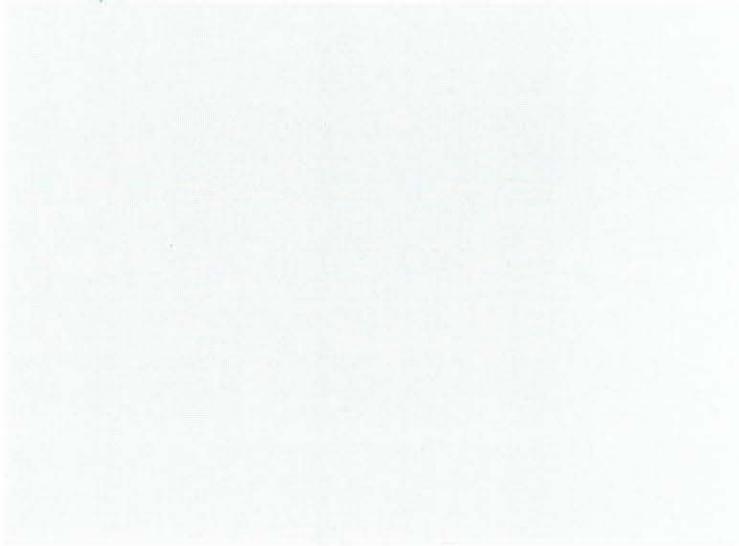
Fig. 01      Dirección Regional del Tapan de Salinas (Yucatán) COMA - Unidad Sanitaria No. 15-A-0201-1-0002      02/08/2021

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the bottom left and several smaller ones on the right side.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 70 de 212

Objetivo

Nota de Evaluación Postgraduada - S.MERXADOT - S.S. DE S.S.

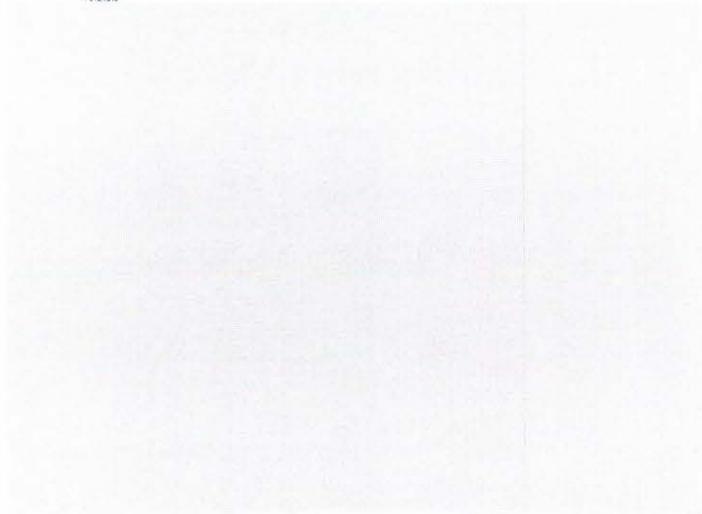


*[Handwritten signature in blue ink]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.</b>		Hoja 71 de 212

Análisis

Núm. de Control: MEX/03030 - 0000001 - 05 DE 05



Pág. 49

Calle de Tepic #302 Col. Tepic del Sur No. 1190, C.C.M.E. - Colonia Sur No. 1248-3471248

MEX/03030 (2020)

*[Handwritten signature]*

*[Vertical column of handwritten signatures and initials]*



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez, subsecuentes y telemedicina.



Rev. 4

Código: NCDPR030

Hoja 72 de 212

Dign

Nota de Evaluación Prehospitalaria - 5/20/2017 - 27/05/2018



Es Diagnóstico COVID 19

Diagnóstico primario		Clave principal	Afección principal
Afección:	Clave:		
Diagnóstico segundo primario		Clave segundo	Afección segundo
Afección:	Clave:		
Diagnóstico tercer primario		Clave tercer	Afección tercer
Afección:	Clave:		

Diagnósticos Adicionales - (1 Registro)

Diagnóstico (V/E/W)	Descripción Diagnóstico
Clave: Afección: Descripción secundaria:	

Incluye:  
Excluye:

Pronóstico:  
Plazo:

Estado de Salud:  
Indicación de Pre alta:  
Tipo de pase:

México que elige: \_\_\_\_\_ Médico asistente: \_\_\_\_\_  
Ced: \_\_\_\_\_ Ced: \_\_\_\_\_

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 4
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR030
	2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.		Hoja 73 de 212

**2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y DE LA CAJA TORÁCICA**

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 74 de 212

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Establecer procedimientos administrativos que encaucen al personal que participa en actividades a prestar servicios a pacientes, mediante un diagnóstico y tratamiento orientado al restablecimiento y conservación de la salud en el grupo de pacientes afectados/as por Enfermedades Neuromusculares y Alteraciones de la Caja del Tórax, referidos al servicio de medicina del sueño, con el fin de otorgar una atención de calidad y oportuna en beneficio de las/os pacientes.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Medicina del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento y a pacientes que solicitan atención en el Servicio de Medicina del Sueño.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño, mantener actualizado este procedimiento, en colaboración con el personal adscrito quien debe aplicarlo, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y equidad de género, evitando la duplicidad de funciones.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		<b>Hoja 75 de 212</b>

3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Medicina del Sueño, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

3.3 El personal de salud del Instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y/o electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.

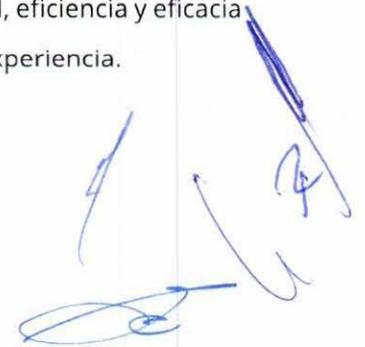
3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.

3.5 Las personas adscritas al Servicio de Medicina del Sueño deben:

3.5.1 Apegarse a los plazos de conservación de la documentación del área, de conformidad al Cuadro de Clasificación Archivística y al Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Archivos.

3.5.2 Identificarse con los/las pacientes que atienden.

3.5.3 Actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficiencia y eficacia sus funciones, acorde con sus habilidades, destrezas y experiencia.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		<b>Hoja 76 de 212</b>

3.6 Los procedimientos administrativos para la atención a pacientes con enfermedades neuromusculares y alteraciones de la caja torácica, deben cumplir con estricto apego, las políticas de operación, normas y lineamientos descritos en la atención de pacientes del Servicio de Consulta Externa de primera vez y subsecuentes.

3.7 El personal médico del Servicio de Medicina del sueño debe:

3.7.1 Realizar la evaluación clínica de pacientes referidos/as al Servicio por trastornos neuromusculares y/o de la caja torácica.

3.7.2 En caso de identificar alguna de las indicaciones de inicio de VMNI durante la evaluación clínica, el/la paciente debe recibir la prescripción de Ventilación Clínica para obtener el dispositivo de presión positiva con el que recibirá tratamiento a largo plazo. En caso de considerar pertinente una prueba semanal terapéutica podrá proveerse un equipo del Servicio de Medicina de Sueño, de acuerdo al procedimiento de atención en el módulo de atención ambulatoria.

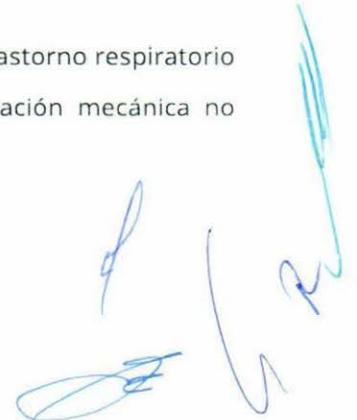
3.7.3 Dar seguimiento a pacientes de manera trimestral o antes, en caso de contar con el equipo de presión positiva.

3.8 La evaluación clínica de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica, comprende:

3.8.1 La identificación de pacientes en etapas avanzadas del trastorno respiratorio que sustenten la indicación para el inicio de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en forma inmediata.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		<b>Hoja 77 de 212</b>

3.8.2 Exploración física completa con énfasis en la mecánica de los músculos respiratorios: Uso de músculos accesorios de la respiración, disociación toracoabdominal en posición sedente y decúbito supino.

3.8.3 Hipoventilación diurna: CO<sub>2</sub> de 38 mmHg o mayor, este valor ha sido ajustado a nuestra altitud. Obtenido por medio de medición invasiva (gasometría arterial) o no invasiva (Bióxido de carbono al final de la exhalación)

3.8.4 En caso de contar con pruebas de función respiratoria que cumplan con criterios de calidad, identificar los siguientes como indicación de que el paciente requiere el inicio de la VMNI: 40% del predicho o menos de capacidad vital, o bien presión inspiratoria máxima de 40 cmH<sub>2</sub>O o menor.

3.9 El seguimiento de pacientes debe evaluar las metas clínicas de VMNI:

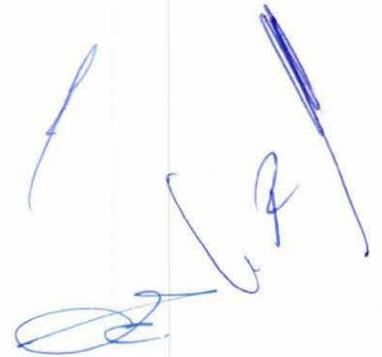
3.9.1 Apego mínimo de 4 horas por noche.

3.9.2 Mejoría en la hipoventilación diurna.

3.9.3 Ausencia de síntomas de hipoventilación nocturna.

3.9.4 Comodidad con los parámetros de programación de la VMNI.

3.9.5 En caso de cumplir con los objetivos de VMNI, se debe citar de acuerdo con las siguientes directrices de seguimiento y en adecuación a las condiciones clínicas del/a paciente:


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 78 de 212

3.9.5.1 En 3 meses en caso de pacientes con enfermedades de rápida evolución.

3.9.5.2 En 6 meses en caso de pacientes con enfermedades de evolución moderada o lenta.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 79 de 212

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo	
<p>Familiar responsable y/o paciente con enfermedad neuromuscular y/o alteración de la caja del tórax</p> <p>Personal médico del Servicio de Medicina del Sueño</p>	1	Realiza trámites de preconsulta y consulta de primera vez de acuerdo con el procedimiento correspondiente en este manual.		
	2	Realiza valoración de pacientes para determinar la condición clínica del/la paciente.		
			¿La persona tiene una condición aguda o inestable?	
	3	Sí: Canaliza a la persona atendida al Servicio de Urgencias Respiratorias y solicita el apoyo del personal de camillería en caso de ser necesario.		
			<b>Termina procedimiento</b>	
	4	No: Continúa evaluación médica del/la paciente.		
	5	Identifica los casos de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica compensada con bióxido de carbono de 38 mmHg o mayor para residentes de altitudes moderadas o Capacidad Vital Forzada menor a 40% del predicho, PiMAX menor a 40 cmH2O.		
		¿Cumple con los criterios?		




Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	6	No: Continúa actividad 16.	
	7	<p>Sí: Inicia protocolo de instauración de ventilación mecánica domiciliaria, solicita prueba terapéutica en módulo ambulatorio, en el caso de cumplir con los requisitos y emite prescripción de dispositivo de presión positiva binivelada con frecuencia de respaldo.</p> <p>¿El/La paciente consigue el equipo de presión positiva dentro del periodo de tres meses?</p>	INER-SMS-29
	8	<p>No: Realiza nueva evaluación al/la paciente antes de ser egresado del Servicio de Medicina del Sueño con indicación de reenvío en caso de obtener el dispositivo de presión positiva con posterioridad.</p> <p><b>Termina procedimiento.</b></p>	
	9	Sí: Otorga la siguiente cita médica al mes y continúa seguimiento clínico.	
	10	<p>Realiza evaluación en el seguimiento clínico para validar el cumplimiento de las metas clínicas de VMNI:</p> <p>* Apego mínimo de 4 hrs por noche.</p>	









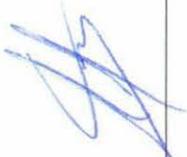
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>* Mejoría en la hipoventilación diurna.</p> <p>* Ausencia de síntomas de hipoventilación nocturna.</p> <p>* Comodidad con los parámetros de programación de la VMNI.</p> <p>¿El/La paciente cumple con las metas de VMNI?</p>	
	11	<p><b>Sí:</b> Cita de nueva cuenta al/la paciente de acuerdo con las siguientes directrices de seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 meses en caso de pacientes con enfermedades de rápida evolución.</li> <li>•</li> <li>• 6 meses en caso de pacientes con enfermedades de evolución moderada o lenta.</li> </ul> <p>Continúa actividad 22.</p>	
	12	<p><b>No:</b> Solicita monitorización de VMNI por medio de poligrafía o polisomnografía y ajustar los parámetros de ventilación de acuerdo con los hallazgos en dicha monitorización.</p>	
	13	<p>Verifica que el/la paciente haya alcanzado las metas de ventilación con los ajustes realizados, para continuar el seguimiento.</p>	






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 82 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		¿El/la paciente alcanzó las metas de ventilación?	
	14	Sí: Regresa a la actividad 10.	
	15	No: Regresa a la actividad 11.	
	16	<p>Revisa que el/la paciente tenga indicación para el inicio de VMNI, en caso contrario evalúa la necesidad de realizar algún paraclínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatorio sobre los síntomas de algún Trastorno Respiratorio del Dormir (TRD): cefalea matutina, ortopnea, despertares asfíxicos, sueño no reparador, ronquido habitual.</li> <li>- Pruebas de función respiratoria en condiciones de riesgo: Capacidad vital entre 40 y 60% del predicho, PIMax entre 40 y 60 cmH2O.</li> </ul> <p>¿El/La paciente ya cuenta con indicación para el inicio de VMNI?</p>	
	17	<p><b>No:</b> En caso de enfermedades degenerativas, lleva a cabo seguimiento clínico y con pruebas de función respiratoria de acuerdo a las siguientes directrices:</p>	









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 83 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<ul style="list-style-type: none"> <li>* 3 meses en caso de enfermedades de progresión rápida</li> <li>* 6 meses a 1 año en caso de enfermedades de progresión lenta y variable</li> <li>* Cuando el/la paciente no cuenta con una enfermedad con riesgo de progresión respiratoria, podrá considerarse su egreso del Servicio de Medicina de Sueño. Hasta que la respuesta sea sí.</li> </ul>	
	18	<b>Sí:</b> Solicita una Polisomnografía basal con medición de bióxido de carbono transcutáneo para la correcta identificación de algún TRD.	
	19	Continúa con la evaluación de pacientes para determinar la identificación de un TRD.  ¿Identifica un TRD?	
	20	<b>Sí:</b> Prescribe un equipo de presión positiva y da seguimiento clínico de acuerdo con lo descrito en la actividad 6.	
	21	<b>No:</b> continua la vigilancia del/la paciente, de acuerdo con lo descrito en la actividad 16.	


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 84 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	22	Da seguimiento a la atención de pacientes hasta su alta del Servicio de Medicina del Sueño.	INER-ECE-DM-22
	23	Documenta la atención médica proporcionada en el expediente clínico convencional y el sistema de expediente clínico electrónico.	
		<b>Termina procedimiento.</b>	

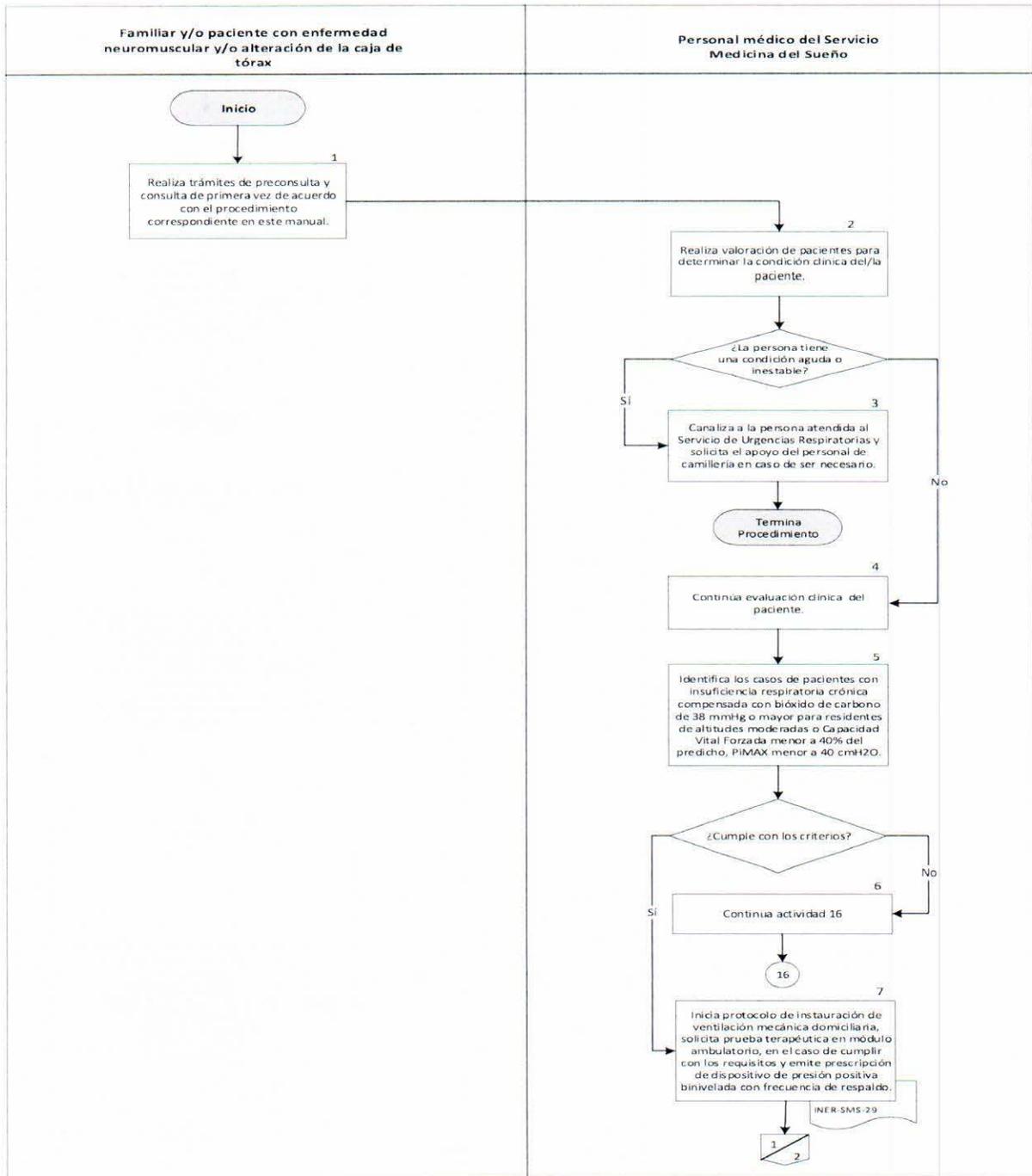
*[Handwritten signature]*

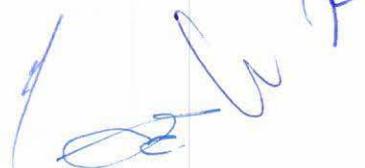
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

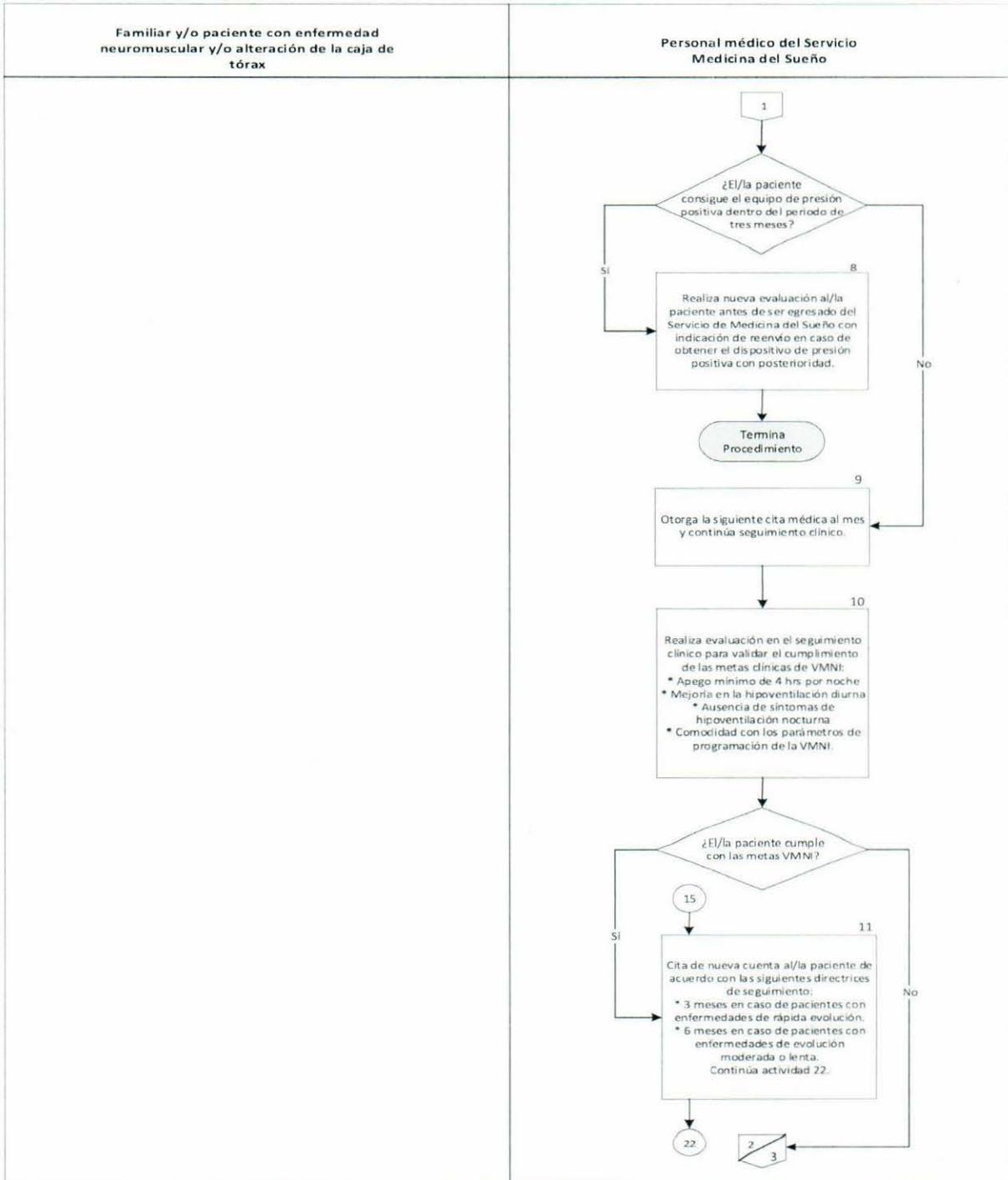
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 85 de 212

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



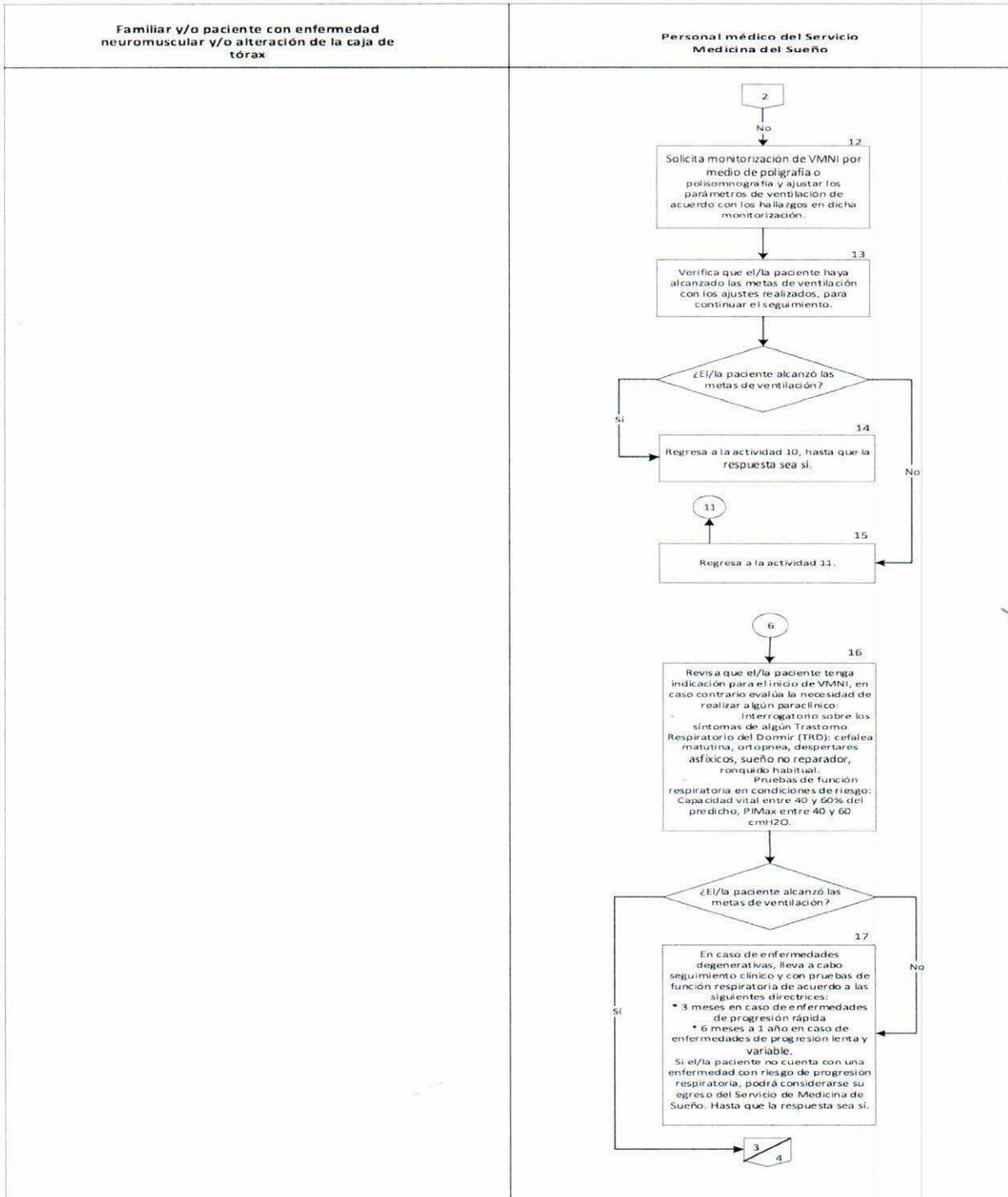


*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

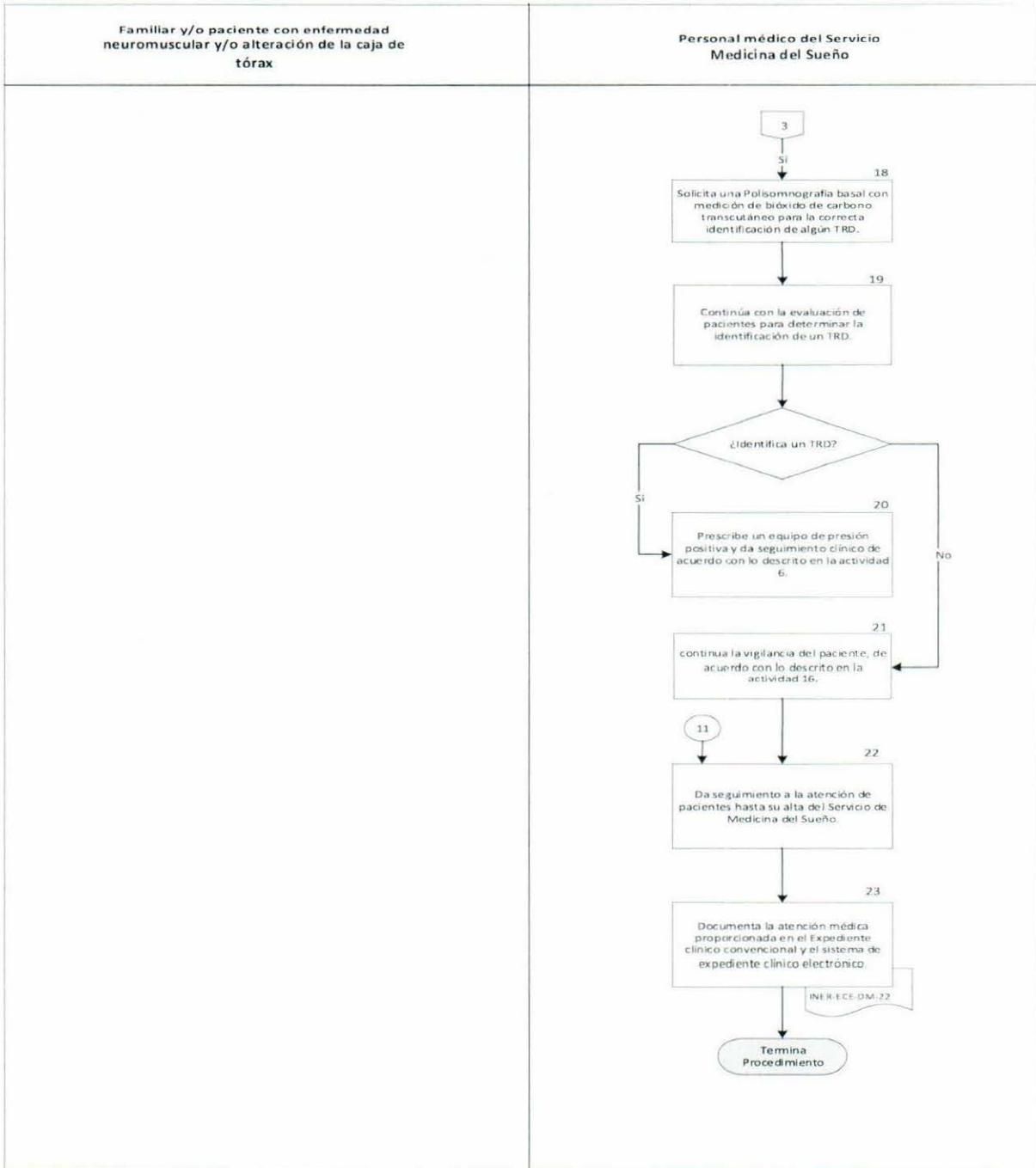
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin]*

*[Large handwritten signature in blue ink at the bottom of the page]*



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 89 de 212

## 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/P
6.2. Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	INER-NCDPR-041
6.3. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.	N/P
6.4. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, Intercambio de Información en Salud	N/P
6.5. Manual de Marcación de Sueño y eventos Asociados, de la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño, Versión 3.0	N/P

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Prescripción de dispositivo de presión positiva	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-29
7.2 Nota de Evolución	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-DM-22

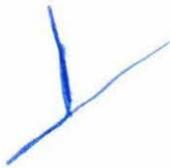
## 8.0 GLOSARIO

- 8.1 **Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 90 de 212

- 8.2 **Consulta de primera vez:** Atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.
- 8.3 **Consulta subsecuente:** Atención otorgada al paciente, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.
- 8.4 **Sistema ECE:** Expediente Clínico Electrónico.
- 8.5 **Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en el tratamiento médico de un paciente, a fin de proporcionar atención integral al mismo, a solicitud del médico tratante.
- 8.6 **Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica.
- 8.7 **Personal administrativo:** Aquel profesional, técnico y auxiliar que apoyan con funciones administrativas en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
- 8.8 **Personal de enfermería:** Aquéllos que cuentan con estudios para la prestación de asistencia médica a enfermos o discapacitados, su enfoque es el mantenimiento y cuidado de la salud durante la enfermedad y rehabilitación, así como la asistencia a médicos y profesionales del diagnóstico en la salud y el tratamiento de pacientes. Se agrupa en personal de enfermería general, de especialidades, auxiliares y pasantes de enfermería.
- 8.9 **Personal de salud:** Todo aquel que ejerce una profesión, actividad técnica y auxiliar y especialidad para la salud, quedando sujeto a lo establecido en las disposiciones jurídicas correspondientes para el ejercicio de dicha actividad.









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		<b>Hoja 91 de 212</b>

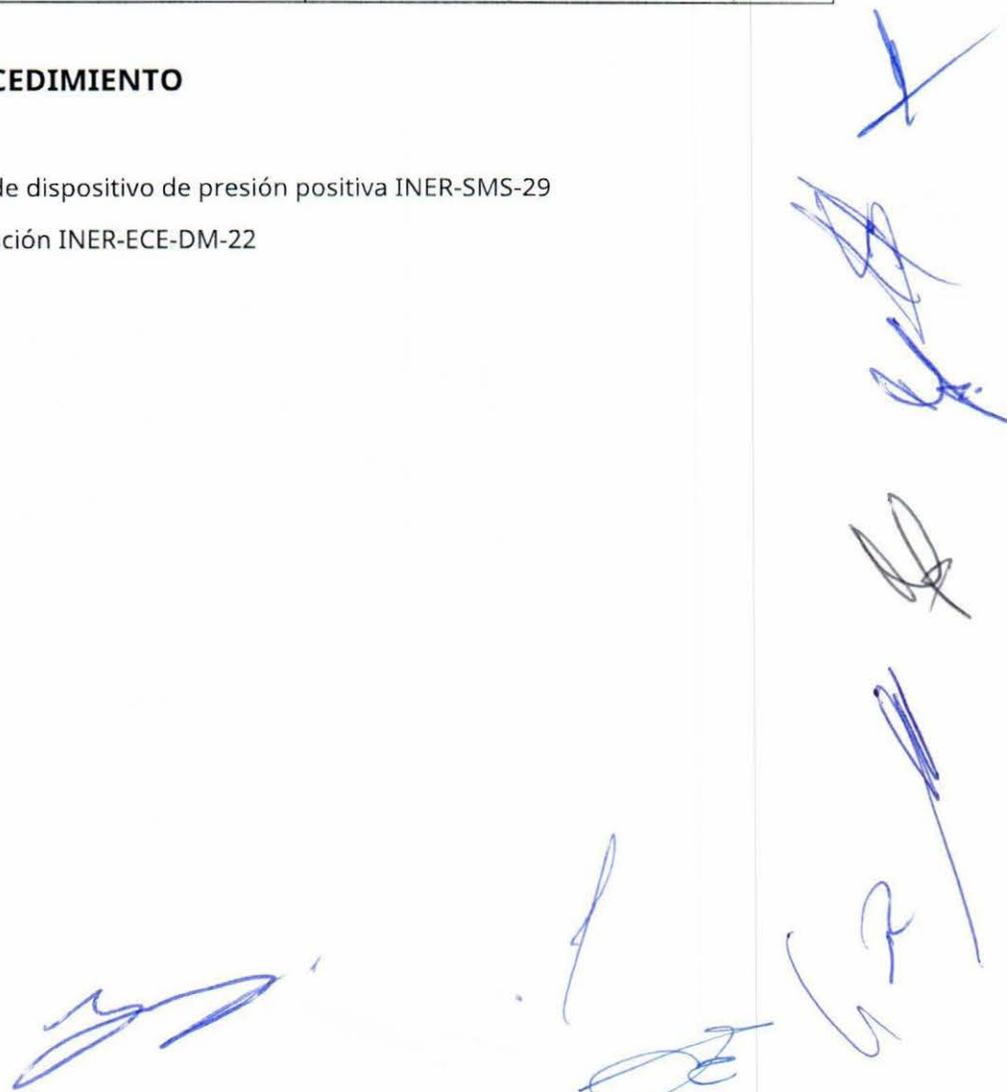
8.10 **Personal médico:** Persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad, de manera directa e indirecta.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	07-diciembre-2016	Actualización de Políticas y Procedimientos
5	28-octubre-2025	Actualización de normas, políticas y lineamientos y cambio de adscripción.

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Prescripción de dispositivo de presión positiva INER-SMS-29
- 10.2 Nota de evolución INER-ECE-DM-22



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 92 de 212

### 10.1 Prescripción de Presión Positiva


**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**  
**Ismael Cosío Villegas**  


 NSC:      F.Nac:      ( Años,      Meses)
--

**Prescripción de Presión Positiva**

Fecha y hora de elaboración \_\_\_\_\_

ha sido recientemente estudiado en nuestro servicio y encontramos que requiere la utilización de un dispositivo de presión positiva en la vía aérea con las siguientes especificaciones:

Modo Presión(es) \_\_\_\_\_

Rampa \_\_\_\_\_

Tamaño y tipo de interfaz \_\_\_\_\_

Prescripción de uso (tiempo de uso) \_\_\_\_\_

Oxígeno suplementario \_\_\_\_\_

Litros por minuto \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Adscrito

\_\_\_\_\_  
Ced

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**10.2 Nota de evolución INER-ECE-DM-22**

SALUD Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Nombre: \_\_\_\_\_ Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_  
 Expediente: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 NSC: \_\_\_\_\_ F.Nac: DDMM/AAAA ( Años, Meses)

Nota de Evolución

Servicio: \_\_\_\_\_  
 Número de cama: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de egocortación: \_\_\_\_\_

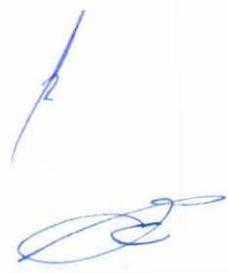
**Somatometría - (1 Registro)**

Peso Actual (Kg)	Talla (m)	IMC	Diagnóstico IMC

**Signos Vitales - (1 Registro)**

Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Tensión Arterial Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial Diastólica (mmHg)	Tensión Arterial Media	Temperatura Corporal (°C)	PAM	SpO2	FiO2	Li

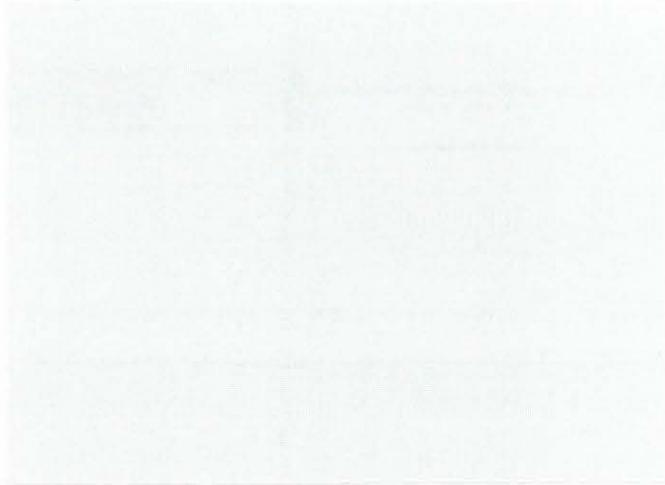
Dent:

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 94 de 212

Objetivo

Nota de Envío de Hoja de Vida - 15/06/2017 - 13:35:04



FOLIO 94

CARTEL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO - CONSULTA ESPECIALIZADA DE PACIENTES CON TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y DE LA CAJA TORÁCICA

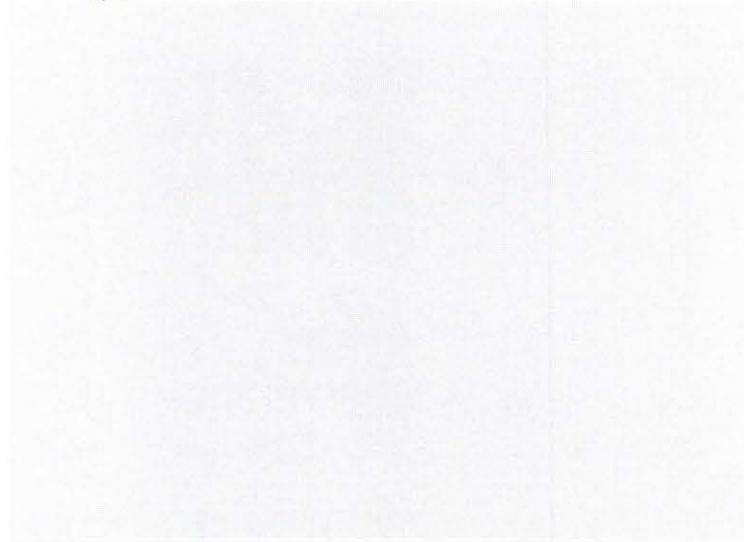
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 4</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR030</b>
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		<b>Hoja 95 de 212</b>

Objetivo

Nota de Proposición: Modificación - SINDICATO - 30/09/2016



Pág. 95

Colección de Procedimientos de Atención Médica - Sección XVI - 1480 - CDMX - Licencia Sanitaria No. 12444-794724002

ISBN 950-206-22-08-0000

Handwritten signatures in blue ink, including a large signature at the bottom left and several smaller ones on the right side.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 4
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR030
	<b>2. Procedimiento para la atención especializada de pacientes con trastornos neuromusculares y de la caja torácica.</b>		Hoja 96 de 212

ANÁLISIS

Nota de Evaluación y Recomendación - 2000000001 - SA-001-00



Pág. 40

CAROLINA TELLEZ GARCÍA, TITULAR DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO, CLÍNICA DE NEUROLOGÍA Y NEUROMUSCULAR, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Plan

Nota de Evaluación Neurológica - ENNEUR001 - SIN DA DA

Es diagnóstico COVID?

Diagnóstico primario		Clave principal	Afección principal
Afección:	Clave:		
Diagnóstico segundo primario		Clave segundo	Afección segundo
Afección:	Clave:		
Diagnóstico tercer primario		Clave tercer	Afección tercer
Afección:	Clave:		

Diagnósticos Adicionales - (1 Registro)

Diagnóstico (CIE 10)	Descripción Diagnóstico
Clave: Afección: Descripción secundaria:	
Incluye: Excluye:	

Pronóstico

Plazo

Estado de Salud

Indicación de alta

Tipo de pase

Médico que elabora

Médico asesor

Ced:

Ced:





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 98 de 212

### 3. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ESTUDIO DE SUEÑO

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 99 de 212</b>

## 1.0 PROPÓSITO

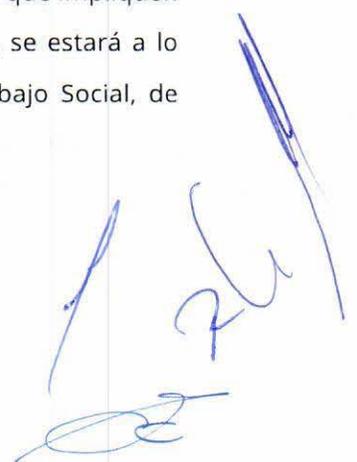
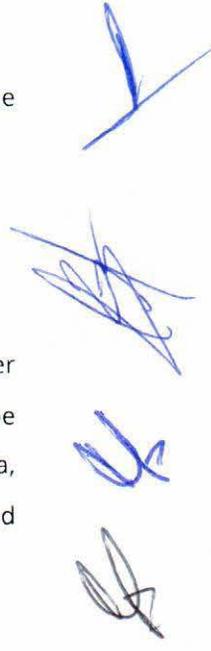
- 1.1 Establecer un proceso estandarizado en la realización de estudios del sueño, mediante el registro de múltiples variables fisiológicas durante el sueño, con el fin de contribuir al diagnóstico y tratamiento oportuno.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Medicina del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño, mantener actualizado este procedimiento, en colaboración con el personal adscrito quien debe aplicarlo, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y equidad de género, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Medicina del Sueño, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

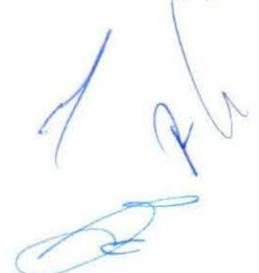
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 100 de 212

- 3.3 El personal de salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y/o electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.
- 3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.
- 3.5 Las personas adscritas al Servicio de Medicina del Sueño, deben:
- 3.5.1 Contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
  - 3.5.2 Identificarse con los/las pacientes y atenderlos/as con amabilidad y eficiencia.
  - 3.5.3 Cumplir con el protocolo de uso de equipo de protección personal y de lavado de manos.
  - 3.5.4 Actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficiencia y eficacia sus funciones, acorde con sus habilidades, destrezas y experiencia.
- 3.6 El personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales debe permanecer identificable en todo momento.









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 101 de 212</b>

- 3.7 El personal médico adscrito del Servicio de Medicina del Sueño, es responsable de Indicar la realización de un estudio y de la consulta otorgada al/la paciente.
- 3.8 El llenado del formato "Programación de estudios de sueño del laboratorio de sueño" y "Solicitud de Estudios" corresponde al personal médico residente y/o adscrito/a
- 3.9 Las solicitudes de estudio de pacientes que participan en protocolos de investigación, deben contar con un sello con la leyenda "Protocolo de investigación no requiere comprobante de pago" incluido el número del protocolo y nombre de la persona responsable del mismo.
- 3.10 Para la programación de estudios se requiere la siguiente documentación:
- 3.10.1 Solicitud de Estudios de Sueño INER-LC-01.
- 3.10.2 Programación de estudios de sueño del laboratorio de sueño. INER-SMS-09.
- 3.10.3 Cuestionario de primera vez para adultos INER-SMS-02 o Cuestionario de primera vez para niños INER-SMS-03, según corresponda.
- 3.10.4 Nota médica generada el día de la atención.
- 3.11 Corresponde al personal administrativo de la recepción del Servicio de Medicina del Sueño:
- 3.11.1 Revisar que la documentación para la realización de estudios, esté completa.
- 3.11.2 Asignar fecha y hora para la realización del estudio de acuerdo con la disponibilidad de la agenda y anotararlo en el carnet.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 102 de 212

3.11.3 Agendar fecha para la entrega de resultados en el periodo de tres semanas posteriores a la realización del estudio.

3.11.4 Entregar impresas a pacientes y/o familiares las indicaciones correspondientes a la realización de una Polisomnografía, Poligrafía Respiratoria y/o Prueba de Latencias Múltiples.

3.11.5 imprimir la hoja de programación de estudios diarios y entregarla en el Laboratorio de Sueño.

3.11.6 Entregar las carpetas para estudio de sueño los días miércoles, que serán realizados la siguiente semana.

3.12 Se programan dos tipos de estudios nocturnos: polisomnografía (registro basal, dividido y ventilatorio), poligrafía respiratoria y dos tipos de estudio diurno: prueba de latencias múltiples y polisomnografía basal, dividida o ventilatoria.

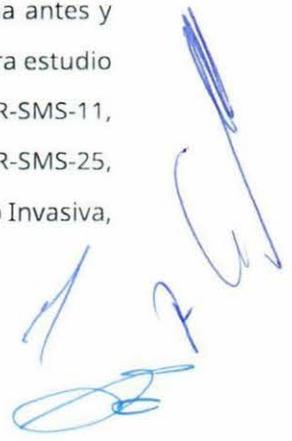
3.13 Los estudios nocturnos se realizan de domingo a viernes con cita a las 20:00 p.m. Los estudios diurnos se realizan únicamente los viernes a partir de las 08:00 a.m.

3.14 Sólo se realiza el estudio de sueño a pacientes programados y confirmados de:

3.14.1 **Consulta Externa:** que hayan confirmado mediante la entrega de su comprobante emitido por el área de tesorería, al menos 14 días antes del estudio, excepto los/las pacientes con exención de pago de acuerdo con el nivel asignado por trabajo social, quienes deben llamar una semana antes y cumplir con los requisitos estipulados en el formato Indicaciones para estudio de sueño: INER-SMS-20 Indicaciones de Polisomnografía, INER-SMS-11, Indicaciones para Poligrafía Respiratoria durante El Sueño INER-SMS-25, Indicaciones para Estudio de Poligrafía Bajo Ventilación Mecánica No Invasiva,





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 103 de 212

INER-SMS-35 Indicaciones para Estudio de Polisomnografía con Latencias Múltiples.

3.14.2 **Convenios:** que cuenten con oficio vigente de la institución de referencia en el cual se indique el estudio a realizar y hoja de pedido del Sistema de Administración Hospitalaria además de cumplir con los requisitos estipulados en el formato Indicaciones para estudio de Polisomnografía INER-SMS-20.

3.15 El/la paciente debe:

3.15.1 Presentarse puntualmente a su cita con su carnet u hoja de programación de citas, formato de Solicitud de Estudio, comprobante de tesorería, excepto pacientes de protocolo de investigación y/o con clasificación socioeconómica 1x, exento o convenio. Oficio de referencia membretado con fecha vigente, firmado con sello original, así como la hoja de pedido del sistema sellada en original, cuestionario de hábitos de sueño, formato de consentimiento informado y encuesta de calidad.

3.15.2 En caso de no presentarse al estudio debe acudir a recepción para reprogramar su atención médica mediante una cita.

3.15.3 Permanecer solos/as durante el estudio, a excepción de que requiera ayuda para movilizarse, sea menor de edad (padre, madre, tutor o cuidador responsable) o requiera de alguna atención especial.

3.16 Es responsabilidad del personal técnico:

3.16.1 Identificar correctamente a los/las pacientes, a través de la comprobación del nombre completo, su fecha de nacimiento y de forma auxiliar el número de historia y/o expediente clínico.

*(Handwritten signatures in blue ink)*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 104 de 212</b>

- 3.16.2 Verificar de acuerdo a la "Escala de Morse" el riesgo de caídas, así como que se presente en las condiciones requeridas para el estudio conforme al formato Indicaciones para estudio de Polisomnografía o Indicaciones para el estudio de Poligrafía.
- 3.16.3 Presentarse con el/la paciente y acompañarlo/a a la habitación que le corresponda para la realización del estudio.
- 3.16.4 Explicar al/la paciente en qué consiste el estudio, la preparación para el mismo y la posible prueba de tratamiento.
- 3.16.5 En colaboración con el personal auxiliar de laboratorio realizarán la limpieza y organización del material utilizado durante los estudios.
- 3.16.6 El personal técnico diurno realiza la calificación del estudio en forma manual y emite el reporte correspondiente, según el tipo de estudio en un lapso no mayor a dos semanas.
- 3.16.7 Imprimir la calificación del estudio de sueño y colocarlo junto con el expediente interno del/a paciente en la libreta asignada.
- 3.16.8 En casos urgentes o foráneos, entregar al personal médico encargado, el reporte preliminar del estudio de sueño al día siguiente de la realización del mismo.
- 3.16.9 Realizar el respaldo de los estudios de sueño periódicamente (cada tres meses).









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 105 de 212</b>

3.16.10 Participar en conjunto con el personal médico del Servicio de Medicina del Sueño, en las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el Servicio.

3.16.11 Realizar en colaboración con el personal de enfermería y/o técnico adscrito al Servicio de Medicina del Sueño realizar la revisión mensual del carro de paro (el primer lunes hábil de cada mes).

3.17 Las pruebas de latencias múltiples, se realizan posterior a la polisomnografía nocturna, en 4 pruebas que iniciarán 2 horas posteriores al término del estudio nocturno, con intervalos de 2 horas entre cada prueba, si sólo una de las pruebas resulta positiva, se realiza una quinta prueba, si dos son positivas se concluye la medición.

3.18 Los reportes médicos del estudio del sueño deben entregarse a la recepción de la siguiente manera:

3.18.1 Poligrafía. Dos semanas posteriores al estudio.

3.18.2 Polisomnografía y latencias. Dos semanas posteriores al estudio.

3.19 El estudio y reporte del estudio se deben realizar de acuerdo con los estándares internacionales establecidos por la Academia Americana del Sueño (AASM) vigentes. Para ello el personal técnico estará encargado de mantener en óptimas condiciones los equipos.

3.20 Es requisito para la referencia de pacientes enviados/as por la Oficina de Convenios:

3.20.1 Presentar oficio original vigente de acuerdo a su institución, membretado, con sello y firma y hoja de pedido del Sistema de Administración Hospitalaria en la

*[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]*

*[Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 106 de 212</b>

recepción del Servicio, de acuerdo a la cita otorgada, indicaciones y autorización de la Oficina de Convenios, de acuerdo a lo señalado en el Manual de Procedimientos del Departamento de Tesorería.

3.20.2 Que el/la paciente o familiar de paciente responda "Cuestionario de primera vez para adultos" o "Cuestionario de primera vez para niños" según corresponda otorgados por la Oficina de Convenios al momento de solicitar la cita para el estudio del sueño.

3.20.3 Que el/la paciente se presente en la fecha y hora programada con las indicaciones recibidas por parte de la recepción y previa confirmación del estudio 2 semanas antes, en caso contrario el estudio de sueño podrá ser cancelado por el personal técnico si el/la paciente no se presenta en las condiciones previamente señaladas.

3.21 El personal que trabaja en el laboratorio de sueño y realiza el estudio debe:

3.21.1 Registrar en la bitácora correspondiente la realización del estudio

3.21.2 Capturar y guardar en el equipo de cómputo del laboratorio del sueño, la información registrada en la bitácora.

3.22 La persona que coordina el Laboratorio de Sueño es responsable de la asignación del personal para la calificación de estudios por parte del personal diurno.

3.23 Al personal médico residente de alta especialidad de sueño, le corresponde:



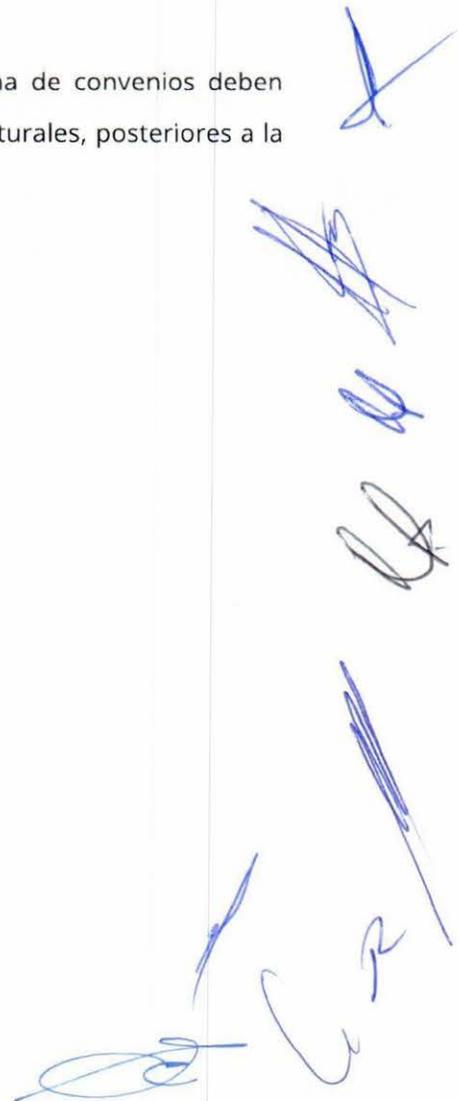







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 107 de 212</b>

- 3.23.1 La realización de los reportes toma el estudio de la libreta junto con el expediente interno del/a paciente y transcribe los datos en el formato correspondiente al sistema del expediente clínico electrónico.
- 3.23.2 Notificar y entregar los reportes de estudios de sueño previamente calificados y vaciados al Expediente Clínico Electrónico en su formato correspondiente, al personal médico adscrito al Servicio de Medicina del Sueño responsable de validar el estudio en el Expediente Clínico Electrónico.
- 3.24 El personal médico adscrito del Servicio de Medicina de Sueño que solicita estudio en el laboratorio de sueño es responsable de validar el estudio en el Expediente Clínico Electrónico una vez notificado por el/la residente de alta especialidad.
- 3.25 Los reportes de estudios realizados a solicitud de la oficina de convenios deben entregarse a la Oficina de Convenios antes de los 40 días naturales, posteriores a la realización del mismo.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 108 de 212

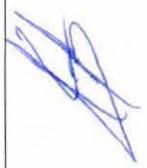
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal Médico del Servicio de Medicina del Sueño.	1	Determina la necesidad de realizar estudios al/la paciente y requisita los formatos: Programación de estudios de sueño del laboratorio de sueño, solicitud de estudios, del laboratorio de sueño, cuestionario de primera vez para adultos o cuestionario de primera vez para niños según corresponda y nota médica generada el día de la atención de consulta del/la paciente.	INER-SMS-09 INER-LC-01 INER-SMS-02 INER-SMS-03 INER-EC-06
Personal administrativo de recepción del Servicio de Medicina del Sueño	2	Recibe del personal médico la documentación y revisa que esté completa.	
	3	Asigna al/la paciente una fecha en el formato impreso para realización de estudios del laboratorio de sueño de acuerdo a la disponibilidad de agenda próxima, conforme a los días establecidos y al tipo de estudios programados y una fecha para entrega de resultados.	INER-SMS-09
	4	Entrega al/la paciente el formato de programación de estudios, le indica que debe acudir a la caja para el trámite correspondiente, así como la fecha y hora a presentarse para la realización del estudio, así como las indicaciones.	INER-LC-01 INER-EE-DTS-03

Handwritten signatures and initials in blue ink are present at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 109 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal Técnico del Laboratorio de sueño	5	Entrega a la Coordinación del Laboratorio del Sueño, los días miércoles, la carpeta de programación semanal de estudios de lunes a domingo con los siguientes datos: Programación de estudios de Laboratorio de Sueño, cuestionario de primera vez para pacientes adultos, cuestionario de primera vez para pacientes pediátricos, nota médica y la hoja de pedido del Sistema sellada en original entregada por la Oficina de Convenios en caso de que sea paciente de convenios.	Carpeta INER-SMS-09 INER-SMS-02 INER-SMS-03 INER-LC-01 INER-EC-06 Hoja de pedido
	6	Recibe del personal administrativo de recepción la carpeta y hojas de programación de estudios del sueño y valida que esté completa la información y documentación: programación de estudio, cuestionario de primera vez, nota médica y recibo de pago, o en su caso hoja de programación de estudio con el sello de protocolo de investigación o paciente con clasificación 1X, así como el tipo de estudio programado.	INER-SMS-09 INER-SMS-02 INER-SMS-03 INER-EC-06 INER-EE-DTES-03 Carpeta
	7	Coloca en la bandeja asignada en el laboratorio de sueño los expedientes de los/las pacientes programadas/os para estudio la semana siguiente (de domingo a viernes) para que puedan ser revisados por el personal técnico en electro diagnóstico que realiza los estudios durante el turno nocturno.	Expedientes





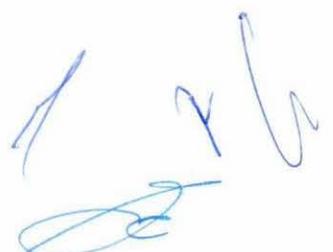

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 110 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	8	Revisa que el tipo de estudio programado y las condiciones generales del/la paciente, sean acordes con lo señalado en la nota médica.	
	9	Realiza bitácora de programación de estudios y la coloca a la vista de las personas adscritas, con la siguiente información: día de estudio, número de expediente, nombre del/a paciente, estudio a realizar, así como la asignación del personal técnico en el electro diagnóstico que realizará la calificación del mismo posterior a su realización.	Bitácora
	10	Revisa las carpetas de los/las pacientes programados/as para estudio de la fecha correspondiente.	
	11	Coloca la papelería que utilizará para el registro del estudio de sueño en la carpeta que corresponda (cuestionario previo y posterior al estudio, seguimiento técnico durante estudio supervisado, cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples).	INER-SMS-14 INER-SMS-13 INER-SMS-17
	12	Requisita la identificación interna de pacientes y lo registra en la libreta de control de estudios según corresponda.	Identificación de pacientes



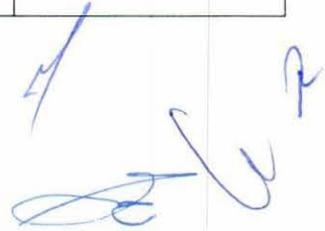






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: <b>NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 111 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
	13	<p>Recibe a los/las pacientes citados/as y verifica su identidad conforme a los indicadores institucionales: nombre completo, fecha de nacimiento y como apoyo el número de expediente clínico o número de historia.</p> <p>¿El/la paciente cumple con los requisitos e indicaciones para el estudio?</p>	
	14	<b>No:</b> Cancela el estudio y solicita se presente a la mañana siguiente para la reprogramación del mismo. Regresa a la actividad 3.	
	15	<b>Sí:</b> Dirige al/la paciente a la habitación correspondiente para llevar a cabo el estudio.	
	16	Coloca en la cabecera de la cama de cada paciente la ficha de identificación correspondiente y le indica que se ponga su pijama.	Identificación de pacientes
	17	Confirma con el/la paciente los datos registrados en el formato Escala de Morse y que esté listo para la realización del estudio.	INER-SMS-22
	18	Coloca los sensores de acuerdo al estudio a realizar: estudio simplificado de sueño y/o estudio de polisomnografía.	
	19	Explica a cada paciente el procedimiento del estudio a realizar y la posible prueba terapéutica cuando corresponda:	


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 112 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		<p>1. Para estudio simplificado de sueño, acude a la habitación del/a paciente y coloca los sensores correspondientes. Continúa actividad 22.</p> <p>2. Para el estudio de polisomnografía acude a la habitación del/a paciente y le explica el procedimiento del estudio, comienza la colocación de sensores y la posible prueba terapéutica. Continúa actividad 20.</p>	
	20	Inicia la preparación del/la paciente colocando cables, sensores, electrodos y equipos de medición de registros fisiológicos de acuerdo a lo establecido para el tipo de estudio.	
	21	Da indicaciones específicas a cada paciente acerca del estudio y le entrega el cuestionario previo y posterior al estudio de sueño en laboratorio para ser contestado en ese momento.	INER-SMS-14
	22	Realiza registro de estudio con los datos de identificación del/la paciente, medición de impedancias, calibración eléctrica, calibración biológica, así como la elaboración simultánea del Reporte Técnico para Polisomnografía, de acuerdo a los aspectos técnicos, definidos en el Servicio.	









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 113 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		¿Se obtiene buena señal?	
	23	<b>Si:</b> Sigue con el desarrollo del estudio. Continúa actividad 28.	
	24	<b>No:</b> Recoloca cables y/o sensores que no tienen señal y continua con la realización del estudio.	
	25	Identifica requerimientos de cada paciente para la realización de una prueba terapéutica, por lo menos después de dos horas de registro.	
		¿Requiere prueba terapéutica?	
	26	<b>No:</b> Finaliza el estudio y despierta al/la paciente.  <b>Termina procedimiento.</b>	
	27	<b>Sí:</b> Coloca equipo de ventilación mecánica e interfase para prueba terapéutica y continúa registros.	
	28	Define los casos de necesidad de realizar estudio de latencias múltiples de sueño.	
		¿El/la paciente requiere estudio de latencias múltiples de sueño?	
	29	<b>Si:</b> Da al/la paciente el desayuno sin desconectarlo/a y entrega cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples y comienza el estudio. Continúa actividad 34.	INER-SMS-17





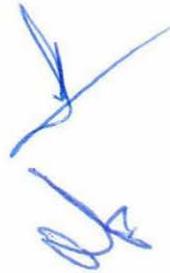




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 114 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal auxiliar de laboratorio del sueño	30	<b>No:</b> Retira sensores al/el paciente, concluye reporte técnico y entrega el cuestionario posterior al estudio” y en conjunto con el personal auxiliar de laboratorio limpia y ordena el área de trabajo (en el caso de polisomnografía).	
	31	Realiza al/la paciente el cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples en cada una de las pruebas y se realiza el reporte técnico para cada una de las pruebas de latencias múltiples.	INER-SMS-17
	32	Finaliza el estudio, retira sensores al/la paciente y concluye seguimiento técnico durante estudio supervisado.	INER-SMS-13
	33	Coloca en la carpeta Expedientes por calificar el expediente del/la paciente al que se le realizó el estudio.	
	34	Cambia las sábanas de la habitación que fue utilizada para el estudio y las entrega a la lavandería.	
	35	Recaba el material utilizado durante el estudio en colaboración con el personal técnico, realiza limpieza del material.	
	36	Coloca en el lugar de almacenamiento el material limpio y seco para su utilización en el siguiente estudio.	

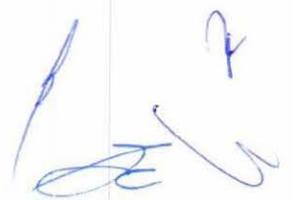
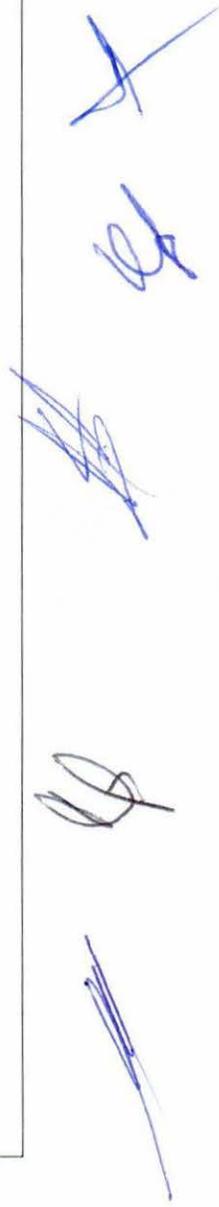







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 115 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Personal técnico del Laboratorio de Sueño	37	Revisa y califica los estudios de sueño previamente asignados.	
	38	Respalda y almacena la información de los estudios de sueño.	
Personal Médico del Servicio de Medicina del Sueño	39	Recibe las carpetas y analiza e interpreta los resultados, realiza el reporte clínico, verifica la calidad del mismo y retroalimenta al personal técnico.	
	40	Elabora informe médico en el formato correspondiente en el sistema del Expediente Clínico Electrónico, lo valida, imprime una copia, firma y entrega al personal de recepción.	
Personal administrativo de la recepción del Servicio de Medicina del Sueño	41	Recibe reporte final de polisomnografía basal médico en carpeta del/la paciente, en caso de pacientes de convenios, entrega una copia a la Oficina de Convenios, según el caso, previa verificación de sus datos de identificación.	INER-ECE-SMS-33
Personal Médico del Servicio de Medicina del sueño	42	Entrega y explica resultados en cita médica con el/la paciente en formato presencial o cita telefónica según se encuentre programado y le informa acerca de la necesidad o no de tratamiento.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 116 de 212</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documentos o anexo</b>
	43	Documenta en el expediente clínico convencional y sistema del expediente clínico electrónico de cada paciente, la atención e información proporcionada a cada paciente.	INER-ECE-DM-22
		<b>Termina procedimiento.</b>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

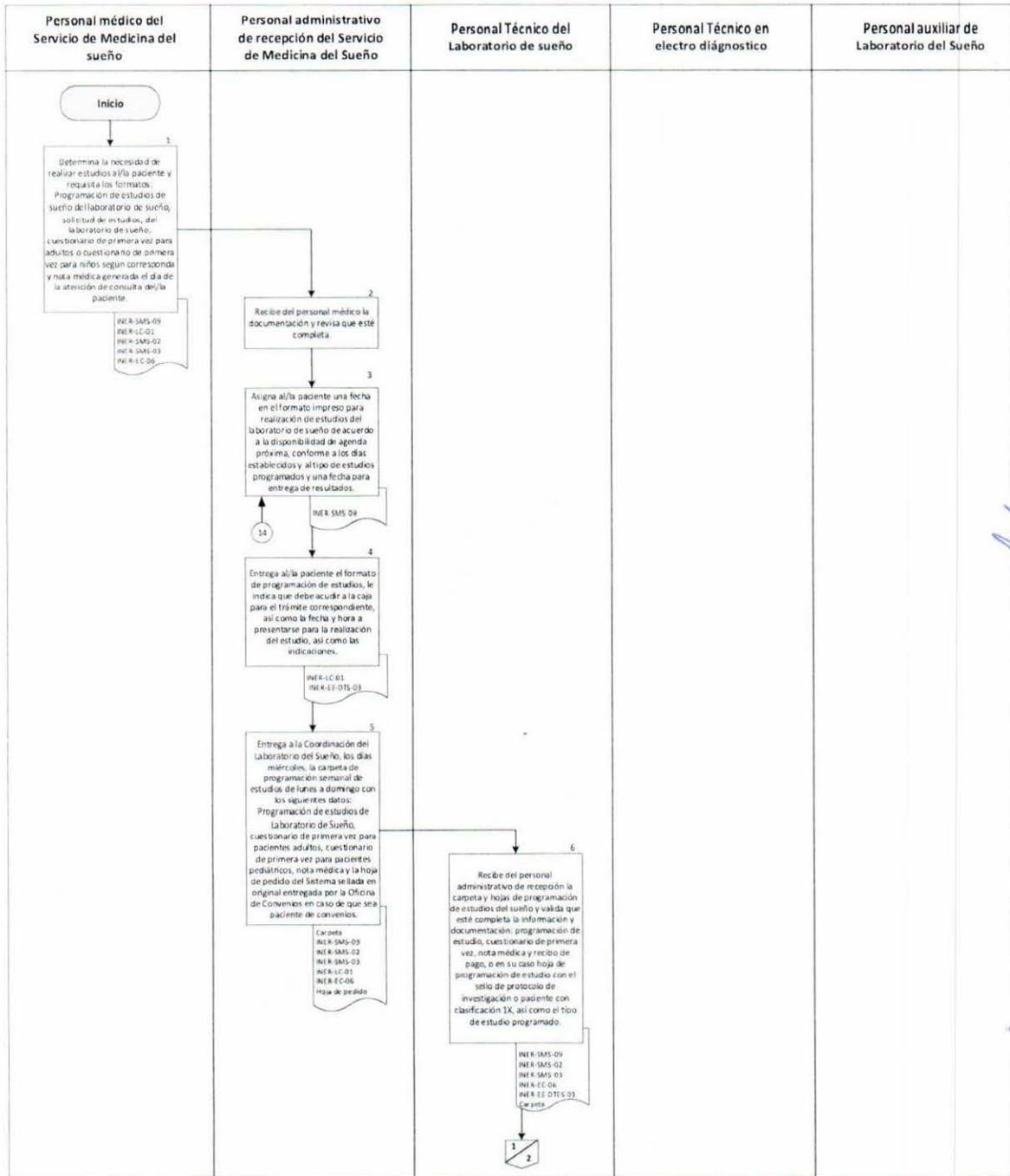
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 117 de 212

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 118 de 212

Personal médico del Servicio de Medicina del sueño	Personal administrativo de recepción del Servicio de Medicina del Sueño	Personal Técnico del Laboratorio de sueño	Personal Técnico en electro diagnóstico	Personal auxiliar de Laboratorio del Sueño
		<p>1</p> <p>7</p> <p>Coloca en la bandeja asignada en el laboratorio de sueño los expedientes de los/las pacientes programados/as para estudio la semana siguiente (de domingo a viernes) para que puedan ser revisados por el personal técnico en electro diagnóstico que realiza los estudios durante el turno nocturno.</p> <p>Expedientes</p> <p>8</p> <p>Revisa que el tipo de estudio programado y las condiciones generales del/la paciente, sean acordes con lo señalado en la nota médica.</p> <p>9</p> <p>Realiza bitácora de programación de estudios y la coloca a la vista de las personas adscritas, con la siguiente información: día de estudio, número de expediente, nombre de/la paciente, estudio a realizar, así como la asignación del personal técnico en el electro diagnóstico que realizará la calificación del mismo posterior a su realización.</p> <p>Bitácora</p>	<p>10</p> <p>Revisa las carpetas de los/las pacientes programados/as para estudio de la fecha correspondiente.</p> <p>11</p> <p>Coloca la papelería que utilizará para el registro del estudio de sueño en la carpeta que corresponda (cuestionario previo y posterior al estudio, seguimiento técnico durante estudio supervisado, cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples)</p> <p>NER-SMS-14 NER-SMS-13 NER-SMS-17</p> <p>12</p> <p>Requisita el formato de identificación de pacientes y lo registra en la libreta de control de estudios según corresponda.</p> <p>Identificador de pacientes</p> <p>2 3</p>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Personal médico del Servicio de Medicina del sueño	Personal administrativo de recepción del Servicio de Medicina del Sueño	Personal Técnico del Laboratorio de sueño	Personal Técnico en electro diagnóstico	Personal auxiliar de Laboratorio del Sueño
			<p>2</p> <p>13</p> <p>Recibe a los/las pacientes citados/as y verifica su identidad conforme a los indicadores institucionales: nombre completo, fecha de nacimiento y como apoyo el número de expediente clínico o número de historia.</p> <p>¿El/la paciente cumple con los requisitos e indicaciones para el estudio?</p> <p>No</p> <p>3</p> <p>14</p> <p>Cancela el estudio y solicita se presente a la mañana siguiente para la reprogramación del mismo. Regresa a la actividad 3.</p> <p>15</p> <p>Dirige al/la paciente a la habitación correspondiente para llevar a cabo el estudio.</p> <p>16</p> <p>Coloca en la cabecera de la cama de cada paciente la ficha de identificación correspondiente y le indica que se ponga su pigma.</p> <p>Identificador de pacientes</p> <p>17</p> <p>Confirma con el/la paciente los datos registrados en el formato Escala de Morse y que esté listo para la realización del estudio.</p> <p>INER-SMS-22</p> <p>18</p> <p>Coloca los sensores de acuerdo al estudio a realizar: estudio simplificado de sueño y/o estudio de polisomnografía.</p> <p>19</p> <p>Explica a cada paciente el procedimiento del estudio a realizar y la posible prueba terapéutica cuando corresponda.</p> <p>1. Para el estudio simplificado de sueño, acude a la habitación del/la paciente y coloca los sensores correspondientes. Continúa actividad 22.</p> <p>2. Para el estudio de polisomnografía acude a la habitación del/la paciente y le explica el procedimiento del estudio, comienza la colocación de sensores y la posible prueba terapéutica. Continúa actividad 20.</p> <p>22</p> <p>3</p> <p>4</p>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

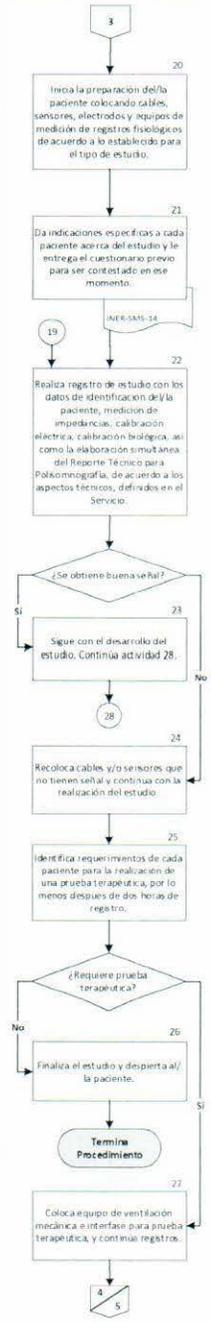
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 120 de 212

Personal médico del Servicio de Medicina del sueño	Personal administrativo de recepción del Servicio de Medicina del Sueño	Personal Técnico del Laboratorio de sueño	Personal Técnico en electro diagnóstico	Personal auxiliar de Laboratorio del Sueño
			 <pre> graph TD     3[3] --&gt; 20[20]     20[20] --&gt; 21[21]     21[21] --&gt; 19((19))     19 --&gt; 22[22]     22 --&gt; 23{23}     23 -- Si --&gt; 28((28))     23 -- No --&gt; 24[24]     24 --&gt; 25[25]     25 --&gt; 26{26}     26 -- No --&gt; 27[27]     26 -- Si --&gt; 27[27]     27 --&gt; 4[4]     4 --&gt; 5[5]           </pre>	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño

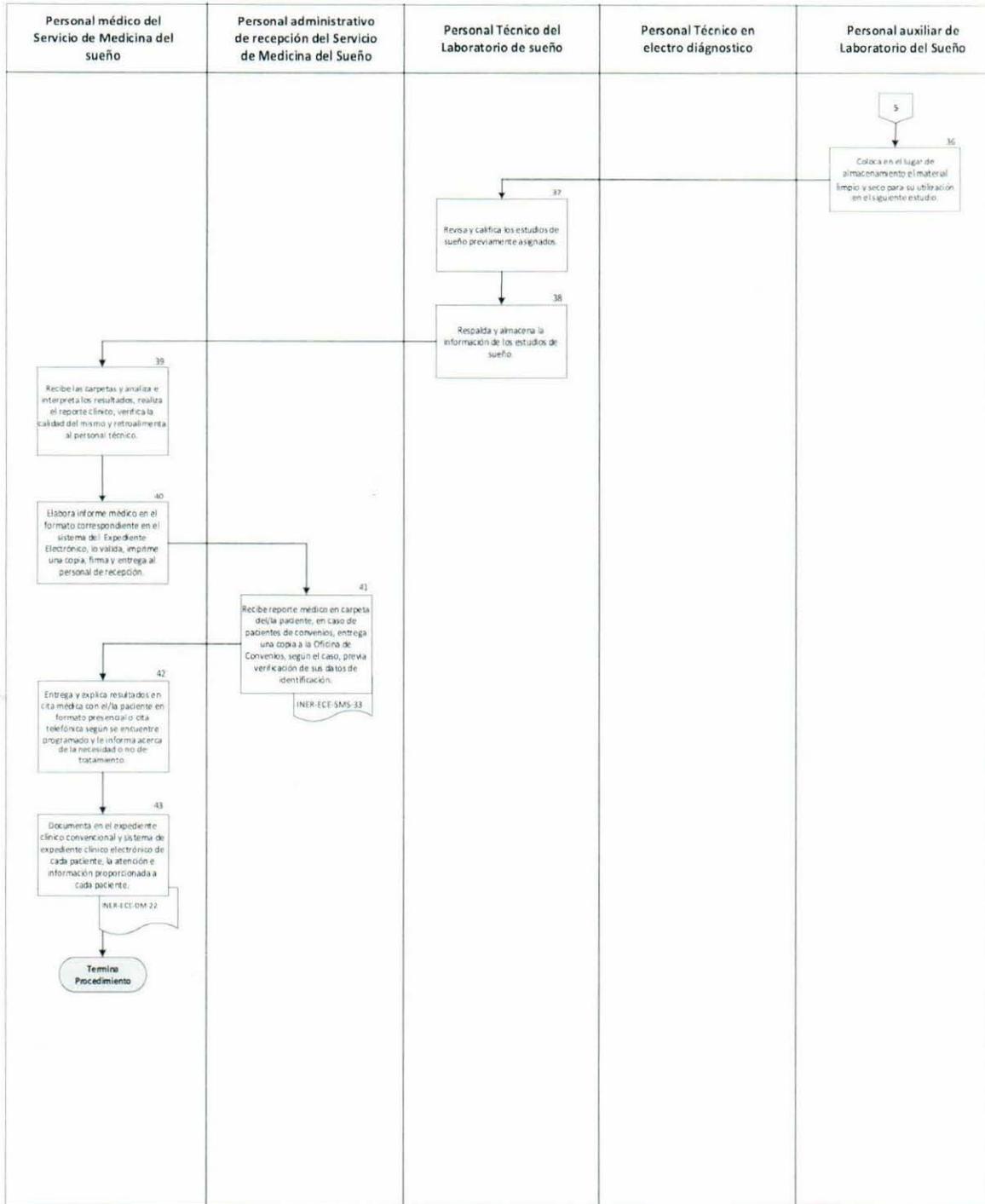


Rev. 04

Código: NCDPR 030

Hoja 121 de 212

Personal médico del Servicio de Medicina del sueño	Personal administrativo de recepción del Servicio de Medicina del Sueño	Personal Técnico del Laboratorio de sueño	Personal Técnico en electro diagnóstico	Personal auxiliar de Laboratorio del Sueño
			<pre> graph TD     23((23)) --&gt; 28[Define los casos de necesidad de realizar estudio de latencias múltiples de sueño.]     4{{4}} --&gt; 28     28 --&gt; 29{¿El/la paciente requiere estudio de latencias múltiples de sueño?}     29 -- Sí --&gt; 34((34))     29 -- No --&gt; 30[Retira sensores al/la paciente, concluye reporte técnico y entrega el cuestionario posterior al estudio y en conjunto con el personal auxiliar de laboratorio limpia y ordena el área de trabajo (en el caso de polisomnografía).]     34 --&gt; 30     30 --&gt; 31[Realiza al paciente el cuestionario post prueba de latencias múltiples en cada una de las pruebas y se realiza el reporte técnico para cada una de las pruebas de latencias múltiples.]     31 -- INER SMS-17 --&gt; 32[Finaliza el estudio, retira sensores al/la paciente y concluye reporte técnico.]     32 -- INER SMS-13 --&gt; 33[Coloca en la carpeta expedientes por calificar el expediente del/la paciente al que se le realizó el estudio.]     33 --&gt; 29     29 --&gt; 34[Cambia las sábanas de la habitación que fue utilizada para el estudio y las entrega a la lavandería.]     34 --&gt; 35[Recaba el material utilizado durante el estudio en colaboración con el personal técnico, realiza limpieza del material.]     35 --&gt; 6{{6}}           </pre>	



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 123 de 212</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

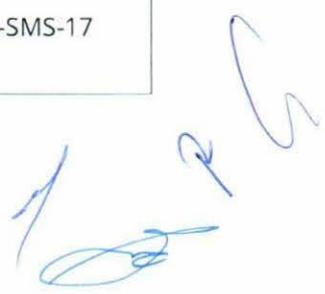
<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1. Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud, 2013.	N/P
6.2 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	INER-NCDPR-041
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	N/P
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, Intercambio de Información en Salud	N/P
6.5 Manual de Marcación de Sueño y eventos Asociados, de la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño, Versión 3.0	N/P

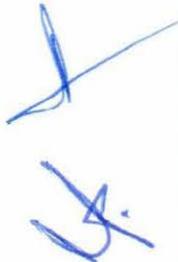
## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1 Programación de Estudios de Laboratorio de Sueño	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-SMS-09
7.2 Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-LC-01

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 124 de 212

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.3 Cuestionario de Primera Vez Adultos	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-02
7.4 Cuestionario de Primera Vez para Niños	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-03
7.5 Nota de evolución	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-DM-22
7.6 Comprobante de pago	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-EE-DTES-03
7.7 Carpeta	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A
7.8 Bitácora	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A
7.9 Cuestionario Previo y Posterior al Estudio de Sueño en Laboratorio	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-14
7.10 Seguimiento Técnico durante estudio supervisado	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-13
7.11 Cuestionario y Reporte Técnico para la Prueba de Latencias Múltiples	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-17

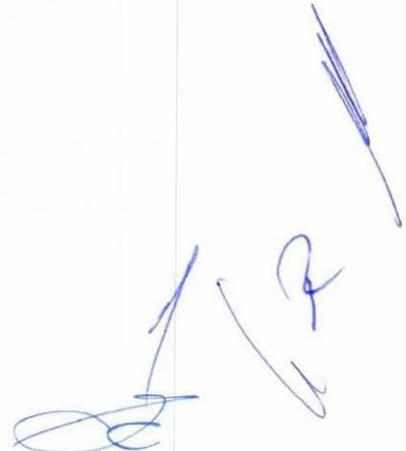



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 125 de 212

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.12 Identificación de paciente	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental, de acuerdo a su Clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A
7.13 Escala de Morse	5 años	Expediente Clínico	INER-SMS-22
7.14 Reporte final de polisomnografía	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-SMS-33

## 8.0 GLOSARIO

- 8.1 **Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 8.2 **Consulta subsecuente:** Atención otorgada al paciente, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.
- 8.3 **Derechohabiencia:** Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.
- 8.4 **ECE;** Expediente Clínico Electrónico.
- 8.5 **Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 126 de 212</b>

8.6 **Preconsulta.** Es una valoración médica preliminar para definir si la atención de su problema médico corresponde a una institución, de acuerdo a los criterios de admisión establecidos en la misma.

8.7 **Protocolo de investigación:** Es el documento que muestra el plan de trabajo a seguir para el desarrollo de la investigación, así como, las ideas básicas que la rigen.

8.8 **Sistema ECE:** Es el medio electrónico en el cual el personal de salud, deberá registrar, anotar y certificar su intervención, relacionada con el paciente con arreglo a las disposiciones sanitarias. Permite la gestión de un único registro de salud longitudinal de cada paciente en un formato digital.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	07-diciembre-2016	Actualización de Políticas y Procedimientos
5	28-octubre-2025	Actualización de normas, políticas y lineamientos y cambio de adscripción.

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Programación de Estudios de Laboratorio de Sueño INER-SMS-09.

10.2 Solicitud de estudios de Laboratorio Clínico INER-LC-01.

10.3 Nota de evolución INER-ECE-DM-22.

10.4 Comprobante de pago INER-EE-DTES-03.

10.5 Cuestionario Previo y Posterior al Estudios de Sueño en Laboratorio INER-SMS-14.

10.6 Seguimiento Técnico Durante Estudio Supervisado INER-SMS-13.

10.7 Cuestionario y Reporte Técnico para la prueba de las Latencias Múltiples INER-SMS-17.

10.8 Escala Morse INER-SMS-22.

10.9 Reporte final de polisomnografía INER-ECE-SMS-33.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 127 de 212

### 10.1 Programación de Estudios de Laboratorio de Sueño INER-SMS-09.

		<b>PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SUEÑO</b>	
		DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO	

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ DD / MM / AAAA NO DE EXPEDIENTE: _____	EDAD: _____ GÉNERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO CONSULTA DR (A): _____ RESIDENTE: _____ FECHA DE ESTUDIO: _____ / _____ / 20____ FECHA DE RESULTADOS: _____ / _____ / 20____ TELÉFONOS: _____
--	---

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES, DX Y/O INDICACIÓN DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

**I. POBLACIÓN DEL PACIENTE:**

NIÑO (<13 años)  
 OBESIDAD GRADO III  
 ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR O DISCAPACIDAD

**II. TIPO DE ESTUDIO:**

A) POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA  
    Registro basal  
    Dividido  
    Ventilatorio  
 B) POLISOMNOGRAFIA DIURNA  
 C) POLIGRAFIA RESPIRATORIA monitor: \_\_\_\_\_  
    Basal  
    Con Auto CPAP  
    Ventilatoria  
 D) LATENCIAS MÚLTIPLES AL SUEÑO  
 E) APAP Programación: \_\_\_\_\_

**III. INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO**

CON MEDICION TC DE CO2 \_\_\_\_\_  
 MONTAJE ESPECIAL \_\_\_\_\_  
 VIDEOPOLISOMNOGRAFIA \_\_\_\_\_

**IV. ¿REQUERIRÁ O2 SUPLE DE INICIO?**    NO     SÍ  Lx \*

**V. PARA REGISTRO CON PAP:**    EQUIPO  Del laboratorio     Del paciente

Modo: \_\_\_\_\_    Presiones: \_\_\_\_\_    Mascarilla: \_\_\_\_\_  
 Otras variables de BINIVEL:    FR: \_\_\_\_\_    VOL: \_\_\_\_\_    Ti: \_\_\_\_\_    TS: \_\_\_\_\_

**VI. INDICACIONES ESPECIALES DEL MÉDICO:**

\_\_\_\_\_


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 128 de 212



**PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SUEÑO**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

VII: ENTREGA DE RESULTADOS:  Telemedicina  Consulta  Convenios  Recepción  Otro: \_\_\_\_\_

VIII: RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE:  Bajo  Medio  Alto

IX: ¿EL PACIENTE REQUIERE FAMILIAR ACOMPAÑANTE DURANTE EL ESTUDIO (menores de 18 años, discapacidad, movilidad reducida o riesgo de caídas)?  NO  SÍ.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

X: DECLARO QUE RECIBÍ INFORMACIÓN VERBAL Y EN FORMATO IMPRESO ACERCA DEL ESTUDIO QUE SE ME PROGRAMARÁ, ASÍ MISMO, COMPRENDO QUE SI EXPRESO NO REQUERIR FAMILIAR ACOMPAÑANTE AL ESTUDIO, ASUMO AUTONOMÍA DURANTE EL ESTUDIO Y LIBERO DE RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DURANTE MIS ACTIVIDADES DE HIGIENE, VESTIDO Y DESPLAZAMIENTO, HASTA MI EGRESO DE LAS INSTALACIONES DEL LABORATORIO DE SUEÑO DEL INER.

NOMBRE Y FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**XI: Para uso en el área de recepción del Servicio de Medicina de Sueño:**

El paciente confirmó su asistencia al estudio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha en que confirmó su estudio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vía por la que confirmó su estudio: Llamó: \_\_\_\_\_ Acudió a recepción: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Notas del caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona que confirma en recepción: \_\_\_\_\_

**XII: Para uso en el Laboratorio de Sueño:**

El paciente acudió a su estudio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Acudió puntual y bajo las indicaciones que corresponden a su estudio programado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Notas del caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona que atendió en el Laboratorio: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*



**10.3 Nota de evolución INER-ECE-DM-22.**

 <b>SALUD</b> Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	 <b>INER</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Nombre</td> <td style="font-size: small;">Primer apellido</td> <td style="font-size: small;">Segundo Apellido</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Expediente</td> <td style="font-size: small;">Sexo</td> <td style="font-size: small;">Especialidad</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">NSC:</td> <td style="font-size: small;">F.Nac: DD/MM/AAAA ( Años, Meses)</td> <td></td> </tr> </table>	Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido	Expediente	Sexo	Especialidad	NSC:	F.Nac: DD/MM/AAAA ( Años, Meses)																						
Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido																														
Expediente	Sexo	Especialidad																														
NSC:	F.Nac: DD/MM/AAAA ( Años, Meses)																															
<b>Nota de Evolución</b>																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="font-size: x-small;">Servicio</td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Número de cama</td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Género</td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Fecha de nacimiento</td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Edad</td><td></td></tr> <tr><td style="font-size: x-small;">Fecha y hora de elaboración</td><td></td></tr> </table>			Servicio		Número de cama		Género		Fecha de nacimiento		Edad		Fecha y hora de elaboración																			
Servicio																																
Número de cama																																
Género																																
Fecha de nacimiento																																
Edad																																
Fecha y hora de elaboración																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">Somatometría - (1 Registro)</td></tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Peso Actual (kg)</td> <td style="font-size: x-small;">Talla (m)</td> <td style="font-size: x-small;">IMC</td> <td style="font-size: x-small;">Diagnóstico IMC</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			Somatometría - (1 Registro)				Peso Actual (kg)	Talla (m)	IMC	Diagnóstico IMC																						
Somatometría - (1 Registro)																																
Peso Actual (kg)	Talla (m)	IMC	Diagnóstico IMC																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="10" style="text-align: center; font-size: x-small;">Signos Vitales - (1 Registro)</td></tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Frecuencia Respiratoria (RPM)</td> <td style="font-size: x-small;">Frecuencia Cardíaca (LPM)</td> <td style="font-size: x-small;">Tensión Arterial: Sistólica (mmHg)</td> <td style="font-size: x-small;">Tensión Arterial: Diastólica (mmHg)</td> <td style="font-size: x-small;">Tensión Arterial: Media</td> <td style="font-size: x-small;">Temperatura Corporal (°C)</td> <td style="font-size: x-small;">PAM</td> <td style="font-size: x-small;">SpO2</td> <td style="font-size: x-small;">FIO2</td> <td style="font-size: x-small;">Lit</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>			Signos Vitales - (1 Registro)										Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Tensión Arterial: Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial: Diastólica (mmHg)	Tensión Arterial: Media	Temperatura Corporal (°C)	PAM	SpO2	FIO2	Lit										
Signos Vitales - (1 Registro)																																
Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Tensión Arterial: Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial: Diastólica (mmHg)	Tensión Arterial: Media	Temperatura Corporal (°C)	PAM	SpO2	FIO2	Lit																							
Pam																																

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Salud  
Secretaría de Salud



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 131 de  
212

Objetivo

Forma de Publicación: Impresión en papel - 2018/08/01 - 04 de 04

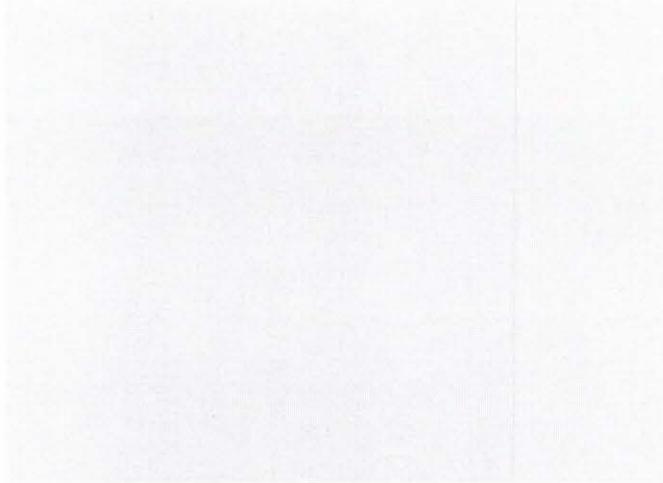


FIG. 29

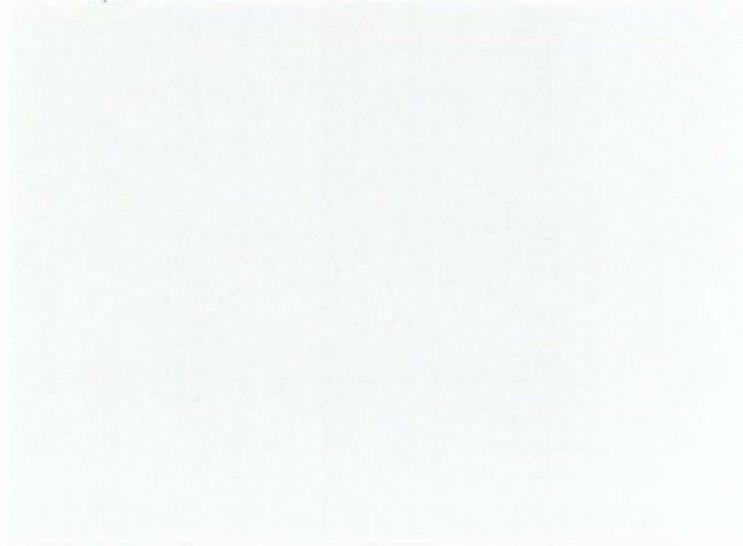
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE SUEÑO

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 132 de 212

Objetivo

Nombre de la Comisión Organizadora: COORDINACIÓN GENERAL



Pág. 30

DR. DR. TISSERAND Del. Director del Servicio de Medicina del Sueño, COORDINACIÓN GENERAL

INER-CD-09-01-00-000



Salud  
Secretaría de Salud



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño



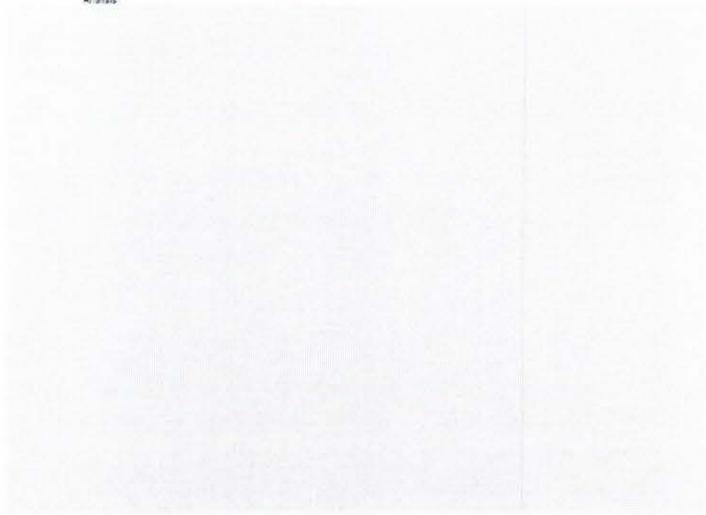
Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 133 de  
212

A7/01/016

Nombre de Evaluación: Procedimientos de Medicina del Sueño



Pág. 45

Calle del Trabajo 4300 Col. Tlalmanalco, México DF. Teléfono: 57 14 90 00. CDMX • Línea de Atención al Ciudadano: 01 800 94 15 14 00

ENERO DE 2011 DE 2011



Salud  
Secretaría de Salud



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 134 de  
212

Plan

Nota de Evaluación Preautorización - SAGROA007 - 01/01/20

[Empty grid area for notes or plan details]

Es Diagnóstico COVID?

Diagnóstico primario		Clave principal	Afección principal
Afección:	Clave		
Diagnóstico segundo primario		Clave segundo	Afección segundo
Afección:	Clave		
Diagnóstico tercer primario		Clave tercer	Afección tercer
Afección:	Clave		

Diagnósticos Adicionales - (1 Registro)

Diagnóstico (CIE 10)	Descripción Diagnóstico
Clave Afección Descripción secundaria Incluye Excluye	

Pronóstico  
Plazo

Estado de Salud  
Indicación de Pre alta  
Tipo de pase

Médico que elabora	Médico adscrito
Ced.	Ced.

Pág. 95

Dist. de Tránsito y Vialidad - División de Gestión y Atención al Usuario - Licencia de Ejercicio Profesional N.º 1348646/17/2019

MDR-000004-01/2020

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

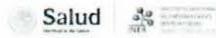
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 136 de 212

**10.5 Cuestionario Previo y Posterior al Estudios de Sueño en Laboratorio INER-SMS-14.**



**CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR AL ESTUDIO DE SUEÑO EN LABORATORIO**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE ANTES DEL ESTUDIO SUPERVISADO  
BUENAS NOCHES

Si tiene alguna duda al contestar el siguiente cuestionario, por favor pregunte a la persona que le atiende.

FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

1.- ¿CUÁNTAS HORAS DURMIÓ LA PASADA NOCHE? \_\_\_\_\_ HORAS

2.- ¿TOMÓ SIESTA EL DÍA DE HOY?      SI       NO

   ¿A QUÉ HORA? \_\_\_\_\_      ¿CUÁNTO DURO? \_\_\_\_\_

3.- ¿A QUE HORA SE DUERME HABITUALMENTE? \_\_\_\_\_

4.- ¿A QUE HORA SE DESPIERTA HABITUALMENTE? \_\_\_\_\_

5.- ¿A QUE HORA TOMO SU ÚLTIMO ALIMENTO HOY? \_\_\_\_\_

6.- ¿TOMO CAFÉ O REFRESCO DE COLA EL DÍA DE HOY?      SI      NO

   ¿A QUE HORA? \_\_\_\_\_

7.- ¿INGIRIÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS EL DÍA HOY?      SI       NO

8.- POR FAVOR ANOTE LOS MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO EL DÍA DE HOY \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- ¿PRESENTA ALGUNA MOLESTIA EN ESTE MOMENTO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.- ¿ANTES DE ACUDIR A SU ESTUDIO, EL DÍA DE HOY HA SIDO DIFERENTE A LO HABITUAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 137 de 212



**CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR AL ESTUDIO DE SUEÑO EN LABORATORIO**



**BUENOS DIAS**

SI TIENE ALGUNA DUDA AL CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, POR FAVOR PREGUNTE AL TÉCNICO QUE LE ATIENDE.

FECHA: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1.- ¿CUÁNTO TIEMPO TARDO EN DORMIRSE? \_\_\_\_\_

2.- EN COMPARACIÓN AL TIEMPO QUE TARDA EN DORMIR EN SU CASA, EL TIEMPO FUE:

- a) IGUAL.
- b) MÁS TIEMPO DE LO USUAL.
- c) MENOS TIEMPO DE LO USUAL.

3.- ¿APROXIMADAMENTE CUANTAS HORAS DURMIÓ ANOCHE? \_\_\_\_\_

4.- ¿EN COMPARACIÓN AL TIEMPO QUE DUERME USUALMENTE EN SU CASA, EL TIEMPO FUE?

- a) IGUAL.
- b) MÁS TIEMPO DE LO USUAL.
- c) MENOS TIEMPO DE LO USUAL.

5.- ¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO DESPIERTO? \_\_\_\_\_

6.- ¿CUÁNTAS VECES DESPERTO DURANTE LA NOCHE? \_\_\_\_\_

7.- ¿POR QUÉ MOTIVOS DESPERTO? \_\_\_\_\_

8.- ¿CÓMO CONSIDERA QUE FUE LA CALIDAD DE SU SUEÑO ANOCHE?

- a) IGUAL A LA HABITUAL.
- b) MEJOR A LA HABITUAL.
- c) PEOR A LA HABITUAL.

9.- ¿QUÉ FUE LO QUE LE MOLESTO MÁS DEL ESTUDIO?

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

10.- ¿CÓMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO?

- a) DESCANSADO.
- b) CANSADO.
- c) OTRO: \_\_\_\_\_


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 138 de 212

**10.7 Seguimiento Técnico Durante Estudio Supervisado INER-SMS-13.**

 Salud <small>Secretaría de Salud</small>	 INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES RESPIRATORIAS Y NEUROLÓGICAS	<b>SEGUIMIENTO TÉCNICO DURANTE ESTUDIO SUPERVISADO</b>	 <small>DIRECCIÓN MÉDICA          SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA          SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO</small>
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y PARÁMETROS BASALES</b>			
NOMBRE(S) _____ PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) ____/____/____ NO. DE PSG _____ NO. DE EXPEDIENTE _____ FECHA DE ESTUDIO (DD/MM/AAAA) ____/____/____ RESPONSABLE(S) DE LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO _____ EQUIPO EMPLEADO _____ SpO <sub>2</sub> EN VIGILIA (SENTAD(A)) _____ % SpO <sub>2</sub> EN VIGILIA (ACOSTAD(A)) _____ % CO <sub>2</sub> EN VIGILIA (SENTAD(A)) _____ mm Hg CO <sub>2</sub> EN VIGILIA (ACOSTAD(A)) _____ mm Hg LUCES APAGADAS _____ HRS → ÉPOCA _____ HORA QUE TERMINA _____ HRS → ÉPOCA _____			
<b>EN CASO ADMINISTRAR OXIGENO SUPLEMENTARIO</b>			
CRITERIO PARA INICIAR ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO _____ HORA DE INICIO _____ HRS → ÉPOCA _____ HORA QUE TERMINA _____ HRS → ÉPOCA _____ SpO <sub>2</sub> _____ % Y CO <sub>2</sub> _____ mm Hg ANTES DE ADMINISTRAR O <sub>2</sub> SUPLEMENTARIO SpO <sub>2</sub> _____ % Y CO <sub>2</sub> _____ mm Hg AL FINALIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE O <sub>2</sub> SUPLEMENTARIO _____ Lx' DE O <sub>2</sub> RECOMENDADOS			
<b>EN CASO DE POLISOMNOGRAFÍA BAJO TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA</b>			
CRITERIO PARA INICIAR TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA _____ HORA DE INICIO _____ HRS → ÉPOCA _____ HORA QUE TERMINA _____ HRS → ÉPOCA _____ PARÁMETROS DE PRESIÓN RECOMENDADOS _____ MODELO Y TAMAÑO DE LA INTERFAZ _____			
COMENTARIOS FINALES Y/O ADICIONALES _____ _____ _____ _____			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



### 10.7 Cuestionario y Reporte Técnico para la prueba de las Latencias Múltiples INER-SMS-17.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DD/MM/AAAA

No. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
No. de PSG

GÉNERO:  FEMENINO     MASCULINO    EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INDICACIÓN DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE**

POR FAVOR CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON SÍ O NO.

	1ª SIESTA	2ª SIESTA	3ª SIESTA	4ª SIESTA
¿ SINTIÓ QUE DURMIÓ ?				
¿ CUÁNTO TIEMPO TARDO EN DORMIRSE ?				
¿ CUÁNTO TIEMPO CREE USTED QUE DURMIÓ ?				
¿ SOÑÓ USTED ?				
¿ RECUERDA CLARAMENTE LO QUE SOÑÓ ?				
¿ SINTIÓ FRÍO ?				
¿ SINTIÓ CALOR ?				
¿ SINTIÓ COMEZÓN EN LAS PIERNAS ?				
¿ ESCUCHÓ USTED RUIDOS (CUALES) ?				
COMENTARIOS				

**REPORTE TÉCNICO**

	1ª SIESTA	2ª SIESTA	3ª SIESTA	4ª SIESTA
INICIO (hora/época)				
LATENICA A SUEÑO N MOR (tiempo/época)				
LATENICA A SUEÑO MOR (tiempo/época)				
TERMINA (hora/época)				

*[Handwritten signatures and marks in blue ink are present on the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right and bottom.]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 141 de 212

### 10.8 Escala Morse INER-SMS-22.



#### ESCALA DE MORSE



DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA DE NEUMOLOGIA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)		Edad
Género	Peso/Talla	Religión	Expediente	Clasificación	
Marque la respuesta de la valoración y al final sume los puntos otorgados. Para obtener el resultado verifique la respuesta *					
Parámetros		Respuesta		Puntos	
1. Antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses		No Si		0 25	
2. Diagnóstico secundario		No Si		0 15	
3. Ayuda para la deambular		Reposo en cama, ayuda del personal de salud Muletas, bastón, andadera Muebles		0 15 30	
4. Catéteres IV/Vía Heparinizada		No Si		0 20	
5. Equilibrio/Traslado		Normal, reposo en cama, inmóvil Débil Alterado		0 10 20	
6. Estado mental		Orientado según las posibilidades Olvida sus limitaciones		0 15	
*Sin riesgo (24 o menos)		Bajo riesgo (25 a 50)		Alto riesgo (más de 50)	
Médico tratante			Fecha de elaboración de la valoración		
Nombre, firma y cédula profesional			INER-SMS-22 (06.2025)		

#### 1. ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES

Se asignan 25 puntos si el paciente se ha caído durante la presente interacción o si tiene antecedentes dentro de los últimos tres meses de caídas fisiológicas a consecuencia de situaciones tales como convulsiones o trastornos de marcha. Si el paciente no se ha caído, se asignan 0 puntos.

Nota: Si un paciente se cae por primera vez, entonces su puntaje automáticamente sube a 25.

#### 2. DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

Se asignan 15 puntos si hay más de un diagnóstico en la historia clínica. Si no, se califica 0.

#### 3. AYUDA PARA DEAMBULAR

Se califica con 0 si el paciente camina sin ningún dispositivo de ayuda (aun siendo ayudado por una enfermera/o), se encuentra en silla de ruedas o está en reposo y no se levanta de la cama para nada. Si el paciente utiliza muletas, bastón o andadera se asignan 15 puntos. Si el paciente solo camina apoyándose en los muebles se asignan 30 puntos.

#### 4. CATÉTERES IV/VÍA HEPARINIZADA

Se asignan 20 puntos si el paciente tiene una vía IV, en caso contrario el puntaje es 0.

#### 5. MARCHA (equilibrio y/o traslado)

Se define como marcha normal cuando el paciente camina con la cabeza erguida, los brazos balanceándose libremente a los costados y con pasos seguros. A esta marcha no se le asignan puntos (0).  
Con una marcha débil (puntaje 10) el paciente camina encorvado, pero es capaz de levantar la cabeza mientras camina sin perder equilibrio. Los pasos son cortos y puede arrastrar los pies. Con una marcha alterada (puntaje 20) el paciente puede tener dificultades para levantarse de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos de la silla, pudiendo realizar varios intentos apoyando sus brazos en los brazos de la silla o tomando impulso.

#### 6. CONCIENCIA-ESTADO MENTAL

Cuando se utiliza esta escala, el estado mental del paciente es valorado chequeando la propia evaluación que hace el paciente acerca de su capacidad para caminar. Se le pregunta al paciente: ¿Puede ir al baño solo o necesita ayuda? Si la respuesta del paciente es consistente con sus reales posibilidades se le asigna 0 puntos. Si la respuesta del paciente no es realista, se considera que el mismo sobreestima sus propias capacidades y no es consciente de sus limitaciones, asignándose entonces 15 puntos.

#### PUNTUACIÓN FINAL Y NIVEL DE RIESGO

Se suman los puntajes de los 6 ítems y se documenta en la historia clínica, se identifica así el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 142 de 212

**10.9 Reporte final de polisomnografía INER-ECE-SMS-33.**


**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**  
 Ismael Cosío Villegas


 NSC: \_\_\_\_\_ F.Nac: \_\_\_\_\_ ( Años. Meses)

**Reporte final de polisomnografía**

Fecha y hora de Elaboración: \_\_\_\_\_

**1.- GENERALIDADES**

Fecha del estudio: \_\_\_\_\_

Origen Solicitud: \_\_\_\_\_

No de Registro: \_\_\_\_\_

Observaciones No de Registro: \_\_\_\_\_

Antecedentes: \_\_\_\_\_

Indicación: \_\_\_\_\_

Tipo de Polisomnografía: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

Especifique Otro: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



Salud  
Secretaría de Salud



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 143 de  
212

Señales registradas:

Reporte final de polisomnografía 211-0104 - 050700071 - 20/21/20

El estudio fue calificado manualmente de acuerdo con los criterios de la Academia Americana de Medicina del Sueño, publicados en el manual de calificación de sueño y eventos relacionados versión 3.2023.

2.- DATOS DEL SUEÑO

Tiempo total de registros (minutos)

Tiempo total de sueño (minutos)

WASO (minutos)

Eficiencia de sueño (%)

Latencia (minutos)

Latencia MOR (minutos)

N1 (%TST)

N1 (minutos)

N2 (%TST)

N2 (minutos)

N3 (%TST)

N3 (minutos)

R (%TST)

R (minutos)

No. A despertamientos (totales)

Índice de despertamientos (por hora de sueño)

Índice de al despertamientos (por hora de sueño)

Índice de al respiratorios (por hora de sueño)

3.- DATOS DE LA OXIMETRÍA

Saturación basal (%)

Saturación promedio (%)

Saturación mínima (%)

Tiempo de Saturación menor a 88% (minutos)

Tiempo de Saturación menor a 88% (%TTS)

Tiempo de Saturación menor a 90% (minutos)

Tiempo de Saturación menor a 90% (%TTS)

4.- DATOS DE CAPNOGRAFÍA

CO2 basal (mmHg)

CO2 promedio (mmHg)

CO2 máximo (mmHg)

Tiempo de CO2 mayor a 45mmHgM (minutos)

Tiempo de CO2 mayor a 45mmHgM (%)

Pág. 25

Capt. de Datos 4802 Del. Páezes Cui. Sector IVY 14380 COMEX - Licencia Sanitaria No. 12-AM-09-012-0002

INER-ECE-SMS-33 (06/2020)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		Hoja 144 de 212

Señales registradas

Reporte final de polisomnografía D1161024 - 349320001 - 01/24/21

El estudio fue calificado manualmente de acuerdo con los criterios de la Academia Americana de Medicina del Sueño, publicados en el manual de calificación de sueño y eventos relacionados versión 3,2023.

**2.- DATOS DEL SUEÑO**

Tiempo total de registros (minutos) \_\_\_\_\_  
 Tiempo total de sueño (minutos) \_\_\_\_\_  
 WASO (minutos) \_\_\_\_\_  
 Eficiencia de sueño (%) \_\_\_\_\_  
 Latencia (minutos) \_\_\_\_\_  
 Latencia MGR (minutos) \_\_\_\_\_  
 N1 (%TST) \_\_\_\_\_  
 N1 (minutos) \_\_\_\_\_  
 N2 (%TST) \_\_\_\_\_  
 N2 (minutos) \_\_\_\_\_  
 N3 (%TST) \_\_\_\_\_  
 N3 (minutos) \_\_\_\_\_  
 R (%TST) \_\_\_\_\_  
 R (minutos) \_\_\_\_\_  
 No. Alertarreactivas (ciclos) \_\_\_\_\_  
 Índice de alertarreactivos (por hora de sueño) \_\_\_\_\_  
 Índice de al. espontáneos (por hora de sueño) \_\_\_\_\_  
 Índice de al. respiratorios (por hora de sueño) \_\_\_\_\_

**3.- DATOS DE LA OXIMETRÍA**

Saturación basal (%) \_\_\_\_\_  
 Saturación promedio (%) \_\_\_\_\_  
 Saturación mínima (%) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Saturación menor a 88% (minutos) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Saturación menor a 88% (%TTS) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Saturación menor a 90% (minutos) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de Saturación menor a 90% (%TTS) \_\_\_\_\_

**4.- DATOS DE CAPNOGRAFÍA**

CO2 basal (mmHg) \_\_\_\_\_  
 CO2 promedio (mmHg) \_\_\_\_\_  
 CO2 máximo (mmHg) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de CO2 mayor a 45mmHgM (minutos) \_\_\_\_\_  
 Tiempo de CO2 mayor a 45mmHgM (%) \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature and vertical line]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO**

**3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño**



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 145 de  
212

Reporte final de polígrafo de sueño - SMS33 (06.2025)

**5.- EVENTOS RESPIRATORIOS**

Índice de Apnea  
Hipopnea (IAH) (eventos por hora)  
N° Apneas obstructivas (eventos)  
N° Apneas centrales (eventos)  
N° Apneas mixtas (eventos)  
N° Hipopneas (eventos)

**6.- OTRAS VARIABLES**

Índice de movimientos totales de extremidades (por hora de sueño)  
Índice de movimiento periódico de extremidades (por hora de sueño)  
FC media en No-MQIR (latidos por minuto)  
FC media en MQIR (latidos por minuto)

**HALLAZGOS Y COMENTARIOS**

Hallazgos y Comentarios

**Parte ventilatoria**

Tiempo periodo de sueño (minutos)  
Eficiencia de sueño (%)  
Saturación Final (%)  
Tiempo total de sueño (minutos)  
N3 (%TST)  
CO2 Final (mmHg)  
WASO (minutos)  
R (%TST)  
IAH Final (eventos por hora de sueño)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño</b>		<b>Hoja 146 de 212</b>

Descripción de  
Tituación

Procedimiento para el estudio de sueño - 2020

Tituación

**Diagnósticos Medicina del Sueño (5 Registros)**

Diagnóstico	Descripción

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 147 de  
212

Recomendaciones

Hoja 147 de 212

Medico que elabora: Nombre:  
Especialidad Medica:  
Cedula Profesional:

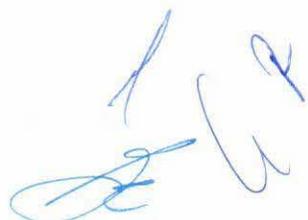
Medico asistente: Nombre:  
Especialidad Medica:  
Cedula Profesional:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)		Hoja 148 de 212

**4. PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A DOMICILIO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUBSECUENTES CON USO DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN POSITIVA (MÓDULO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO)**





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 149 de 212</b>

## 1.0 PROPÓSITO

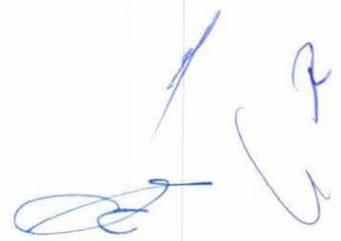
- 1.1 Establecer los lineamientos para el préstamo de equipos, mediante el uso de papelería y/o registro de control, con el fin de llevar a cabo los estudios a domicilio de: Poligrafía respiratoria a domicilio (CS12), Prueba terapéutica con auto CPAP (CS03), Prueba mensual terapéutica con auto CPAP (CS04), Tratamiento con CPAP 30 días (CS05), Valoración de seguimiento con CPAP/BIPAP (CS07), Actigrafía (CS15)

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicio de Medicina del Sueño específicamente el Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño, mantener actualizado este procedimiento, para su correcta aplicación u observancia por parte del personal adscrito al área, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y equidad de género, evitando la duplicidad de funciones.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 150 de 212</b>

- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Medicina del Sueño, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.
- 3.3 El personal de salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.
- 3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.
- 3.5 Las personas adscritas al Servicio de Medicina del Sueño deben:
- 3.5.1 Contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 151 de 212</b>

3.5.2 Actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficiencia y eficacia sus funciones conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.

3.5.3 Participar en las actividades de enseñanza y entrenamiento en el manejo, programación y uso de los equipos de presión positiva, al personal médico y técnico rotante por el servicio.

3.6 El personal técnico, médico, residente, de pasantía y estudiantado de servicio social del Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio debe brindar información al/el paciente de forma amable, clara y precisa, así como a pacientes que hayan sido referidos/as por el personal médico adscrito del Servicio de Medicina del Sueño, para realizarse alguno de los procesos de diagnóstico o tratamiento, así como otorgar asesoría respecto a la adquisición de equipo de presión positiva.

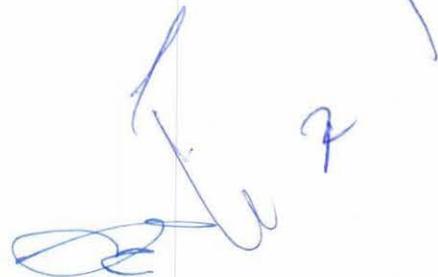
3.7 Se definen como estudios ambulatorios aquellos que se realizan en el domicilio del paciente, previo entrenamiento por el personal del área de diagnóstico y tratamiento ambulatorio, con dispositivos que son propiedad del INER.

3.8 Los estudios ambulatorios que se realizan en el Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio son los siguientes:

3.8.1 Poligrafía respiratoria a domicilio (CS12).

3.8.2 Prueba terapéutica con auto CPAP (CS03).

3.8.3 Prueba mensual terapéutica con auto CPAP (CS04).






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 152 de 212</b>

3.8.4 Tratamiento con CPAP 30 días (CS05).

3.8.5 Valoración de seguimiento con CPAP/BIPAP (CS 07).

3.8.6 Actigrafía (CS15).

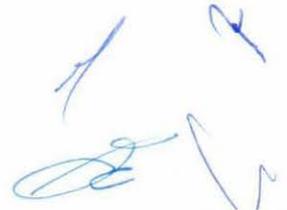
3.9 Sin excepción, solo se realizan los estudios con cita programada mediante solicitud emitida en el sistema del expediente clínico electrónico por el personal médico tratante del Servicio de Medicina de Sueño y en su caso, la persona realice los trámites ante tesorería en tiempo y forma.

3.10 Para la salida de equipos solo se autoriza a pacientes con expediente INER vigente.

3.11 Para pacientes que presenten sospecha de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) sin ninguna otra comorbilidad significativa (Insuficiencia respiratoria crónica o falla cardiaca clase funcional III/IV) le será indicada la Poligrafía respiratoria ambulatoria; mediante la solicitud correspondiente (CS12 Poligrafía respiratoria a domicilio), siempre y cuando la persona sea residente de la Ciudad de México o Estado de México.

3.12 Es responsabilidad del personal técnico y/o médico residente asignado/a al área de diagnóstico y tratamiento ambulatorio:

3.12.1 Capacitar y entregar el polígrafo respiratorio al/la paciente y/o familiar responsable el día y la hora que se encuentre programado. La capacitación puede realizarse vía telefónica en caso necesario.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 153 de 212</b>

- 3.12.2 Programar el dispositivo de presión positiva asignado, entregarlo y capacitar a la persona en su uso.
- 3.12.3 Agendar cita de entrega de resultados por telemedicina.
- 3.12.4 Entregar hoja de indicaciones para la colocación del equipo reforzando la capacitación.
- 3.12.5 Recibir los equipos una vez que sean devueltos por los/las pacientes.
- 3.12.6 Descargar la información contenida en el polígrafo respiratorio o el dispositivo de presión positiva a través del software correspondiente el cual permite la emisión de un reporte técnico y adjuntar una impresión a la carpeta interna del Servicio de Medicina del Sueño.
- 3.13 El personal médico residente de alta especialidad asignado/a al área genera en el sistema de expediente clínico electrónico un informe con los hallazgos y el diagnóstico obtenido de la prueba el cual será validado por el médico adscrito que solicitó el estudio.
- 3.14 El personal médico residente asignado/a al área genera receta de CPAP para aquellos/as pacientes con prueba de titulación exitosa.
- 3.15 Es responsabilidad de los/las pacientes:
- 3.15.1 Devolver el equipo que le haya sido proporcionado en préstamo en la fecha asignada.








	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 154 de 212</b>

3.15.2 Esperar llamada para entrega de resultados por consulta de telemedicina.

3.15.3 Firmar Carta compromiso para préstamo de equipos del Servicio de Medicina del Sueño INER-SMS-04.

3.15.4 En su caso acudir a la caja para el trámite correspondiente y entregar el comprobante al personal administrativo del Servicio de Medicina del Sueño.

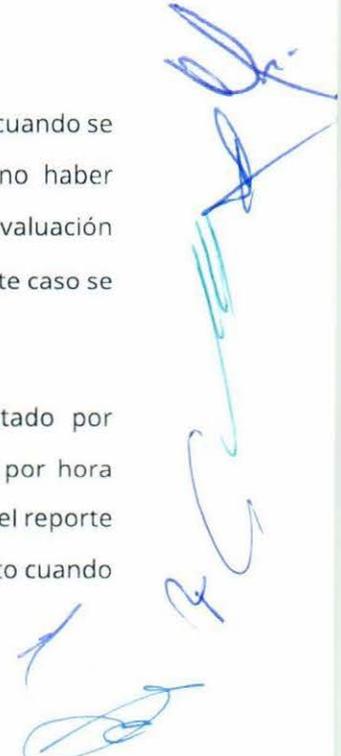
3.16 Para la validación de una Poligrafía Respiratoria Ambulatoria se consideran los siguientes lineamientos:

3.16.1 Se clasifica como válida cuando el/la paciente refiera haber dormido durante el estudio por al menos 5 horas, tiempo de evaluación de al menos 4 horas y haya contestado el cuestionario post prueba.

3.16.2 Se clasifica como No válida una Poligrafía Respiratoria Ambulatoria cuando se cumplan las siguientes condiciones: que el/la paciente refiera no haber dormido durante el estudio por al menos 5 horas, tiempo de evaluación menor a 4 horas y/o no contestar el cuestionario post prueba, en este caso se evaluará la posibilidad de repetir el estudio o solicitar PSG.

3.16.3 De las poligrafías respiratorias ambulatorias válidas con resultado por calificación automática mayor o igual a 30 eventos respiratorios por hora (apneas + hipopneas entre el tiempo total de evaluación), se emitirá el reporte técnico del software correspondiente sin calificación manual, excepto cuando





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 155 de 212</b>

reporte probable RCS los cuales ameritan validación visual y calificación manual.

3.16.4 De obtener resultado por calificación automática menor a 30 eventos respiratorios por hora, se procede a calificar manualmente el estudio en el software correspondiente y posterior a ello se emitirá el reporte técnico calificado manualmente.

3.17 El personal médico residente de alta especialidad asignado al Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio es responsable de generar el informe en el sistema del expediente clínico electrónico con la información del reporte técnico y ser validado por el personal médico adscrito que solicitó el estudio.

3.18 Las pruebas CS12 Poligrafía respiratoria a domicilio se realizarán los días lunes y miércoles para su devolución martes y jueves o bien, los días que la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño decida, de acuerdo con las necesidades del servicio.

3.19 Para pacientes con Apnea Obstructiva del Sueño confirmada o con hipoventilación diurna a criterio del médico adscrito tratante se programará una Prueba semanal terapéutica con AUTO CPAP (CS03) siempre y cuando sean residentes de la Ciudad de México o Estado de México.

3.20 La asignación de los parámetros a programar, así como mascarilla y rampa del equipo son asignados por el personal médico tratante del Servicio de Medicina de Sueño y anotados en la solicitud de estudio INER-CS-01.

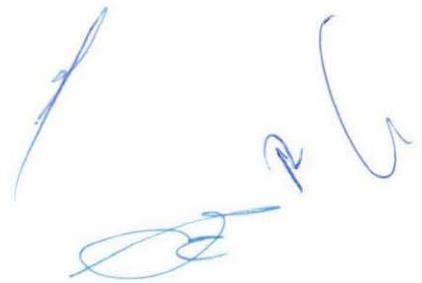






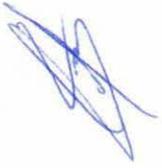
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 156 de 212</b>

- 3.21 El total de días para la Prueba semanal terapéutica con AUTO CPAP (CS03) son 6 noches, se entregan de martes a lunes o de jueves a miércoles, respectivamente.
- 3.22 Para pacientes con Apnea Obstruktiva del Sueño confirmada o con hipoventilación diurna que a criterio del personal médico adscrito tratante ameriten Prueba mensual terapéutica con auto CPAP (CS04) o Tratamiento con CPAP/Binivel 30 días (CS05) se agenda cita para préstamo del mismo siempre y cuando sean residentes de la Ciudad de México o Estado de México.
- 3.23 Para pacientes que inician tratamiento con Equipo de Presión Positiva propio se debe otorgar cita en 30 días en el Módulo de diagnóstico y tratamiento ambulatorio y posteriormente se les proporcionará la cita según criterio del médico tratante en consultorio de sueño.
- 3.24 Para pacientes a quienes por sus condiciones clínicas se les haya solicitado Actigrafía con el código (CS15) se les agenda cita para la entrega del dispositivo, previo requisito de que vivan en Ciudad de México o Estado de México.
- 3.25 En caso de que el/la paciente no asista a la cita programada para la devolución de cualquiera de los equipos se debe realizar la localización vía telefónica del/la paciente y notificar a la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño en caso de no tener éxito.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 157 de 212</b>

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal médico adscrito del Servicio de Medicina del Sueño	1	Elabora solicitud de estudios de acuerdo al caso de cada paciente y la entrega en el Módulo de diagnóstico y tratamiento.	INER-LC-01
Personal técnico y/o médico residente asignado al Módulo de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio	2	Programa cita para entrega del equipo correspondiente según la solicitud, e informa requerimiento de 2 pilas AAA alcalinas para el estudio de Poligrafía Respiratoria Ambulatoria; si el/la paciente no es exento de pago lo envía a la caja.	
Paciente	3	Acude a la caja de tesorería para trámite cuando no es exento y entrega el comprobante recibido, carnet de citas, solicitud de estudios y las pilas AAA alcalinas en el Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio en la fecha y hora programada.	
Personal técnico y/o médico residente asignado del Módulo de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio	4	Recibe del/la paciente su documentación y material solicitado, para preparar carpeta interna del servicio y revisa requerimientos de la solicitud de estudio.	
	5	Brinda capacitación al/la paciente sobre el uso del equipo a utilizar y lo entrega junto con la hoja de indicaciones de colocación del	





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 158 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		equipo y cuestionario posterior para llevarlo a su domicilio.	
Paciente	6	Otorga carta compromiso para préstamo de equipos AUTO, CPAP Bi-Nivel ST y accesorios para firma del/a paciente y la adjunta a la carpeta interna del servicio.	INER-SMS-04
	7	Agenda cita al/la paciente para devolución del equipo y la entrega de resultados vía telemedicina.	
	8	Retira el equipo y lo utiliza en su domicilio de acuerdo a las indicaciones.	
	9	Acude al Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio para devolución del equipo en la fecha asignada.	
	10	¿Se requiere la renovación del préstamo del equipo?  <b>Sí:</b> Realiza renovación del préstamo hasta por 3 meses y le brinda asesoría respecto a la adquisición de equipo de presión positiva (tipos de mascarilla, accesorios de los equipos, tipos de equipos de presión positiva para la vía aérea) y descarga la información en el software correspondiente. Continua actividad 25.	





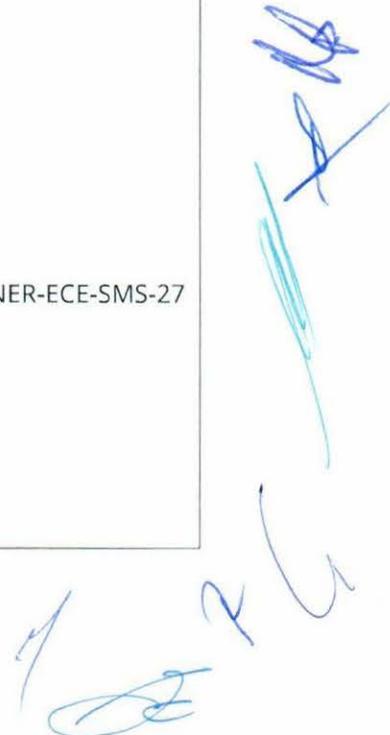
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 159 de 212</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal técnico y/o médico residente asignado del Módulo de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio	11	<b>No:</b> Devuelve el equipo al personal técnico y/o médico residente asignado.	
	12	Verifica condiciones físicas del equipo y realiza descarga de la información del equipo.	
	13	Genera reporte técnico y lo anexa en la carpeta interna del servicio y en el sistema del expediente clínico electrónico.	
Personal médico residente del Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio	14	¿La prueba terapéutica con presión positiva es satisfactoria? <b>Sí:</b> Emite receta por CPAP y agenda cita subsecuente en el Servicio de Medicina del Sueño. Continúa actividad 26.	INER-ECE-SMS-29
	15	<b>No:</b> Comenta con el personal médico residente el motivo de la prueba no satisfactoria.	
	16	Recibe resultado de reporte técnico, para emitir reporte de validación.  ¿La Poligrafía Respiratoria Ambulatoria es válida?	Reporte técnico
	17	<b>Sí:</b> Imprime reporte técnico en los siguientes supuestos:	Reporte técnico




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 160 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
		<p>A) Calificación automática con mayor o igual a 30 eventos respiratorios por hora (apneas + hipopneas entre el tiempo total de evaluación), imprimir reporte técnico sin calificación manual y lo anexa a la carpeta del servicio, excepto cuando reporte probable RCS los cuales ameritan validación visual y calificación manual.</p> <p>B) Resultado de calificación automática menor a 30 eventos respiratorios por hora, se procederá a calificar manualmente el estudio y posterior a ello se imprimirá el reporte técnico calificado manualmente. Continúa actividad 19.</p>	
	18	No: Evalúa la posibilidad de repetir el estudio o solicitar PSG comentando el caso al médico tratante	
	19	Genera informe de Poligrafía Respiratoria Nocturna en el sistema del expediente clínico electrónico con los datos del reporte técnico validado.	INER-ECE-SMS-27

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 161 de 212</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal médico adscrito del Servicio de Medicina del Sueño	20	Recibe y valida el Informe de Poligrafía Respiratoria Nocturna en el sistema del expediente clínico electrónico e imprime para anexar a la carpeta del servicio antes de la cita de entrega de resultados por telemedicina.	INER-ECE-SMS-27
		¿El/la paciente requiere valoración de seguimiento en el Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio?	
	21	No: Continúa con la atención médica hasta su alta del servicio <b>Termina Procedimiento</b>	
Personal técnico y/o médico residente asignado del Módulo de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio	22	Sí: Requisita solicitud de estudios marcando la clave CS07 Valoración de seguimiento con CPAP/BIPAP.	INER-LC-01
	23	Programa cita para valoración de seguimiento con CPAP/BIPAP e indica al/el paciente que pase a la caja para el trámite correspondiente en caso de no ser exento.	
Paciente	24	Acude el día de la cita y presenta comprobante emitido por la caja, carnet de citas y equipo completo.	
Personal técnico y/o médico residente asignado del Módulo de Diagnóstico y tratamiento ambulatorio	25	Resuelve dudas técnicas, en su caso verifica presurización del equipo, parámetros programados, colocación de mascarilla, etc.	


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 162 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal Médico del Servicio de Medicina del Sueño	26	Verifica que el/la paciente tenga asignada consulta subsecuente en consultorio de Medicina del Sueño o lo envía a agendar cita y da seguimiento hasta su alta del Servicio.	INER-EC-06
	27	Documenta en expediente clínico convencional y electrónico cada una de las atenciones proporcionadas a pacientes.	
		<b>Termina procedimiento.</b>	

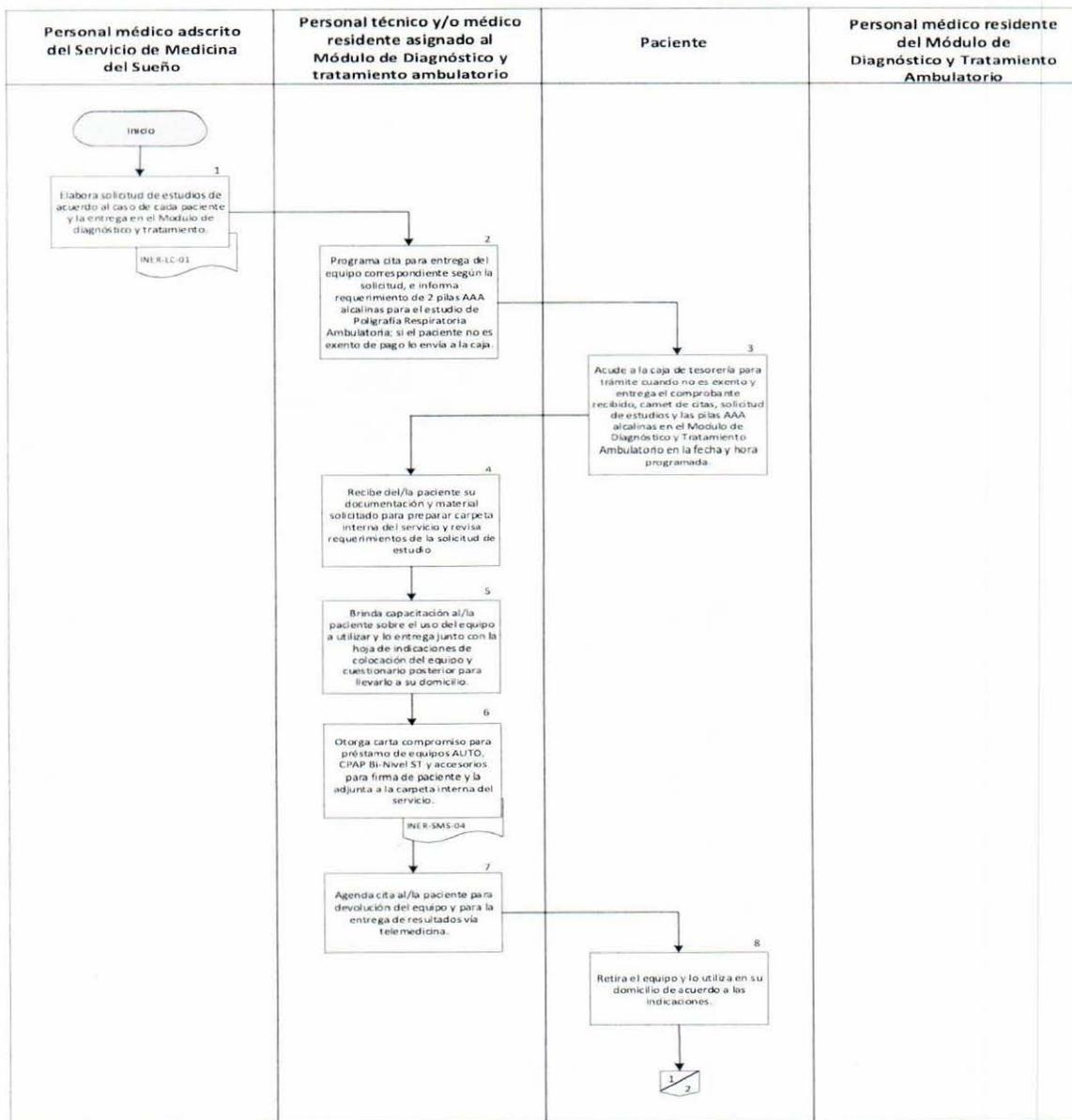
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 163 de 212

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



X

[Handwritten signature]

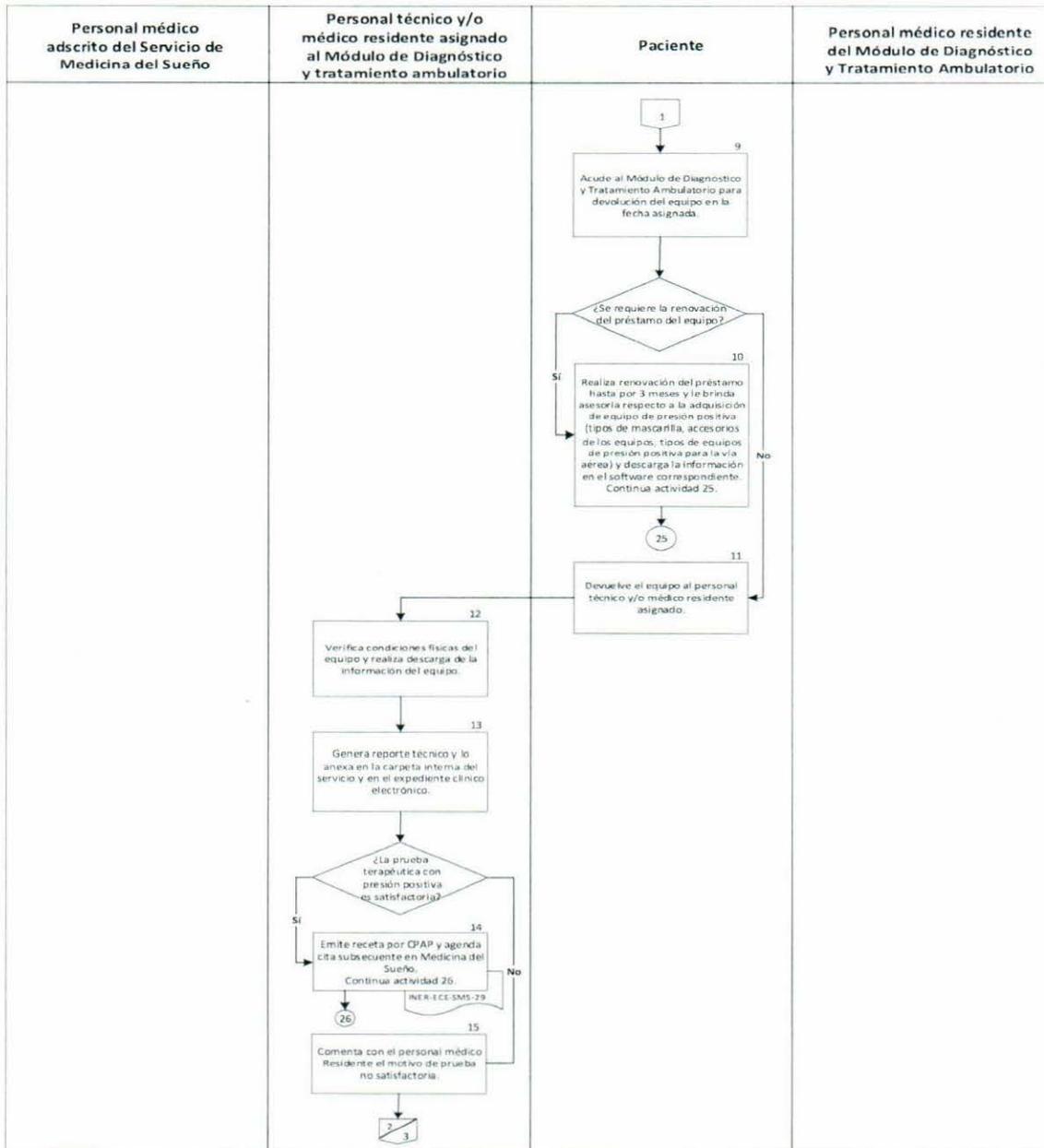
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 164 de 212



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO**

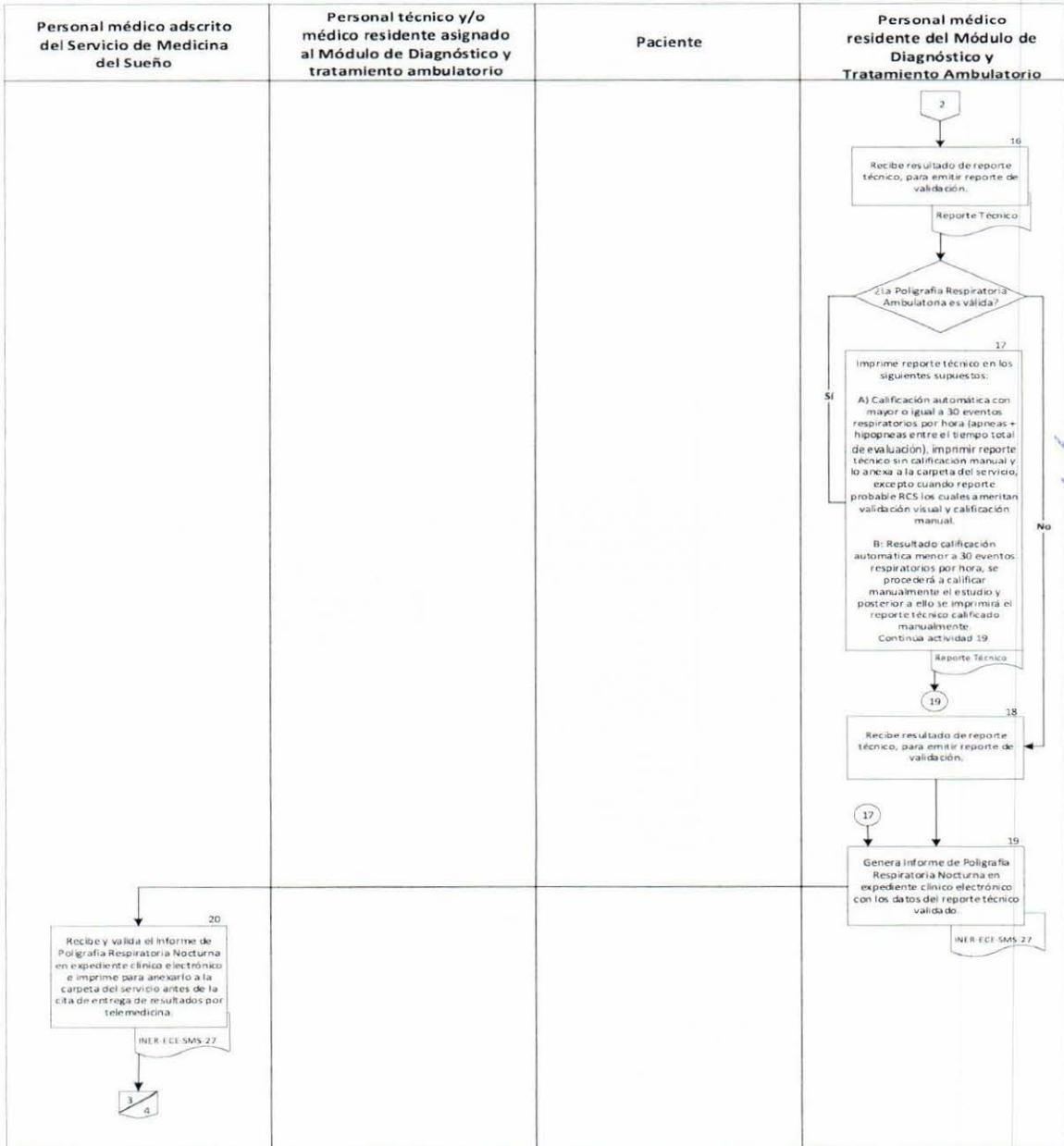
**4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)**



**Rev. 04**

**Código:  
NCDPR 030**

**Hoja 165 de  
212**



*[Handwritten signatures and marks in blue ink]*



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO**

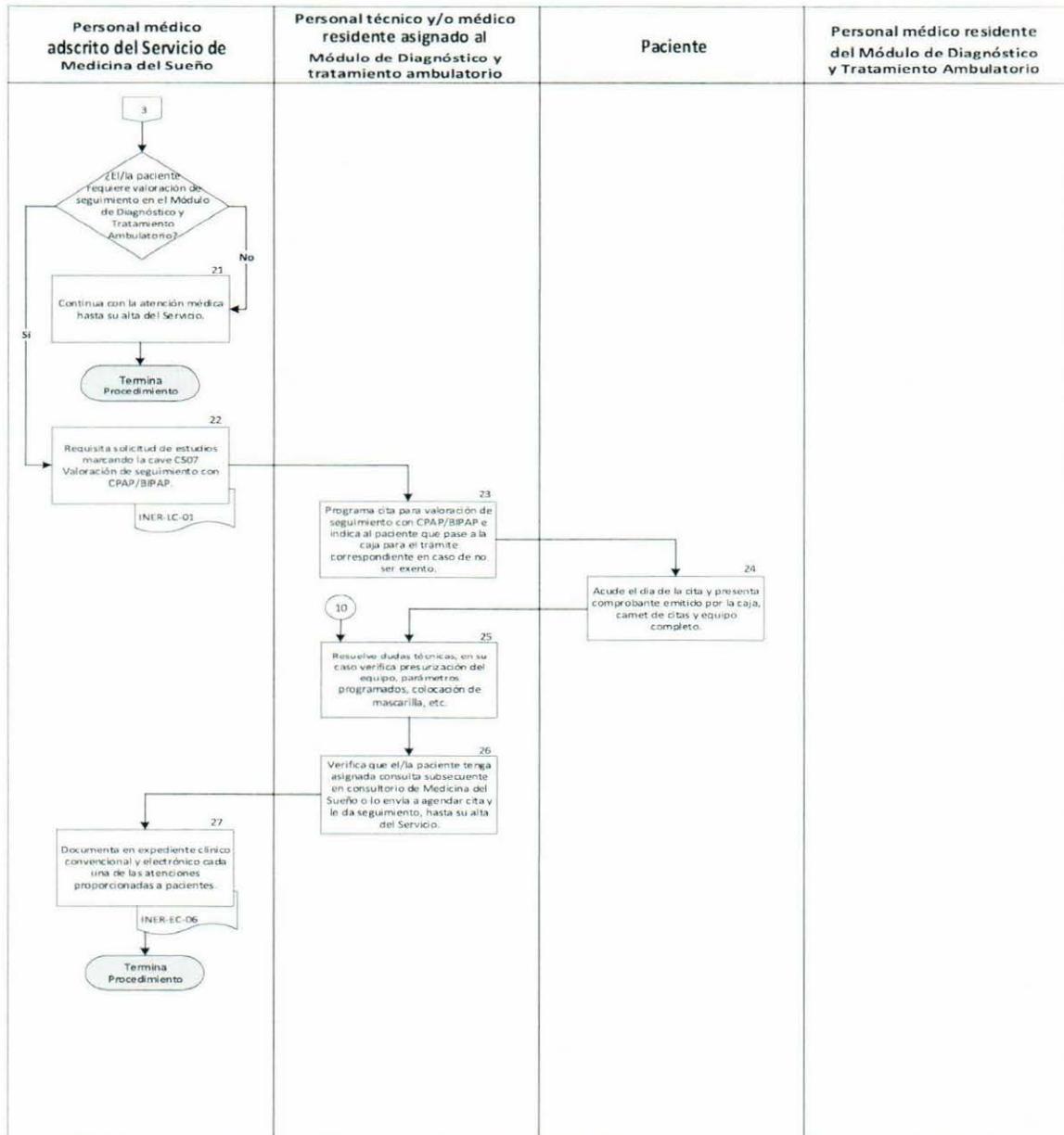
**4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)**



Rev. 04

Código:  
NCDPR 030

Hoja 166 de  
212



*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 167 de 212</b>

## 6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	N/P

## 7.0 REGISTROS

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1 Solicitud de estudios	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Laboratorio Clínico	INER-LC-01
7.2 Carta compromiso para préstamo de equipos AUTOSET, CPAP Bi-Nivel y accesorios	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-SMS-04
7.3 Prescripción de Presión Positiva	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-SMS-29
7.4 Reporte Técnico	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/A

Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)		Hoja 168 de 212

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.5 Informe de Poligrafía Respiratorias Nocturna	5 años	Expediente Clínico	INER-ECE-SMS-27
7.6 Nota de evolución	5 años	Expediente clínico	INER-ECE-DM-22

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Atención médica:** Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 8.2 Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica.
- 8.3 Referencia:** decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutoria para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico-médicos y administrativos.

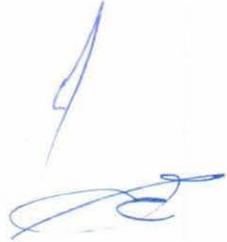
## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	07-diciembre-2016	Actualización de Políticas y procedimientos
5	28-octubre-2025	Actualización de estructura orgánica y actualización de procedimiento

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 169 de 212</b>

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Carta compromiso para préstamo de Equipos del Servicio de Medicina del Sueño INER-SMS-04
- 10.2 Programación de estudios de Laboratorio de Sueño INER-SMS-09
- 10.3 Prescripción de Presión Positiva INER-ECE-SMS-29
- 10.4 Informe de Poligrafía Respiratoria Nocturna INER-ECE-SMS-27.
- 10.5 Notas Médicas INER-ECE-DM-22.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 170 de 212

### 10.1 Carta compromiso para préstamo de Equipos del Servicio de Medicina del Sueño INER -SMS-04





**CARTA COMPROMISO PARA PRÉSTAMO DE EQUIPOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

El/la paciente \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, número de expediente \_\_\_\_\_, está siendo atendido en este servicio y a solicitud de su médico tratante, se le proporcionará un equipo \_\_\_\_\_ con número de inventario \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ días. La cuota se fijará con base en las disposiciones vigentes en el INER de acuerdo con su clasificación socio-económica. El equipo deberá permanecer en el domicilio proporcionado todos los días del préstamo.

**DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO Y ACCESORIOS ENTREGADOS**

Equipo:	
Marca:	
Modelo:	
Número de serie:	
Número de inventario:	
Accesorios:	

Me comprometo a entregar el equipo completo y en las mismas condiciones en que lo recibí, el día:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas.

RECIBE EQUIPO	ENTREGA DE EQUIPO	DEVOLUCIÓN DEL EQUIPO
<p style="font-size: small;">Nombre y firma de persona responsable que recibe el equipo Teléfono: _____ Domicilio: _____</p>	<p style="font-size: small;">Nombre y Firma del Personal del Servicio de Medicina de Sueño</p>	<p style="font-size: small;">Nombre y Firma del Personal del Servicio de Medicina de Sueño</p>

El equipo que usted recibe es propiedad del INER, por lo que es importante regresarlo íntegramente en el tiempo y la hora indicados; el incumplimiento a lo señalado, constituye un daño al patrimonio de la nación y será motivo de impedimento para otros préstamos de equipos institucionales.

Sello de la Unidad

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 171 de 212

### 10.2 Programación de estudios de Laboratorio de Sueño INER-SMS-09



**Salud**  
Secretaría de Salud

**PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SUEÑO**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ DD / MM / AAAA NO DE EXPEDIENTE: _____	EDAD: _____ GÉNERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO CONSULTA DR (A): _____ RESIDENTE: _____ FECHA DE ESTUDIO: _____ / _____ /20____ FECHA DE RESULTADOS: _____ / _____ /20____ TELÉFONOS: _____
--	---

OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES, Dx y/O INDICACIÓN DEL ESTUDIO: \_\_\_\_\_

**I. POBLACIÓN DEL PACIENTE:**  
 NIÑO (<13 años)  
 OBESIDAD GRADO III  
 ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR O DISCAPACIDAD

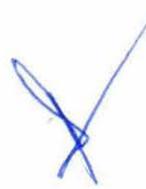
**II. TIPO DE ESTUDIO:**  
 A) POLISOMNOGRAFIA NOCTURNA  
     Registro basal  
     Dividido  
     Ventilatorio  
 B) POLISOMNOGRAFIA DIURNA  
 C) POLIGRAFIA RESPIRATORIA monitor: \_\_\_\_\_  
     Basal  
     Con Auto CPAP  
     Ventilatoria  
 D) LATENCIAS MÚLTIPLES AL SUEÑO  
 E) APAP Programación: \_\_\_\_\_

**III. INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO**  
 CON MEDICION TC DE CO<sub>2</sub>  
 MONTAJE ESPECIAL \_\_\_\_\_  
 VIDEOPOLISOMNOGRAFIA

**IV. ¿REQUERIRÁ O<sub>2</sub> SUPL DE INICIO?**      NO      SÍ \_\_\_\_\_ Lx'

**V. PARA REGISTRO CON PAP:**      EQUIPO  Del laboratorio       Del paciente  
 Modo: \_\_\_\_\_      Presiones: \_\_\_\_\_      Mascarilla: \_\_\_\_\_  
 Otras variables de BINIVEL:      FR: \_\_\_\_\_      VOL: \_\_\_\_\_      Ti: \_\_\_\_\_      TS: \_\_\_\_\_

**VI. INDICACIONES ESPECIALES DEL MÉDICO:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 172 de 212</b>



**PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO DE SUEÑO**



DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA  
SERVICIO DE MEDICINA DE SUEÑO

VII: ENTREGA DE RESULTADOS:  Telemedicina  Consulta  Convenios  Recepción  Otro: \_\_\_\_\_

VIII: RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE:  Bajo  Medio  Alto

IX: ¿EL PACIENTE REQUIERE FAMILIAR ACOMPAÑANTE DURANTE EL ESTUDIO (menores de 18 años, discapacidad, movilidad reducida o riesgo de caídas)?  NO  SI:

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

X: DECLARO QUE RECIBÍ INFORMACIÓN VERBAL Y EN FORMATO IMPRESO ACERCA DEL ESTUDIO QUE SE ME PROGRAMARÁ, ASÍ MISMO, COMPRENDO QUE SI EXPRESO NO REQUERIR FAMILIAR ACOMPAÑANTE AL ESTUDIO, ASUMO AUTONOMÍA DURANTE EL ESTUDIO Y LIBERO DE RESPONSABILIDAD AL PERSONAL DURANTE MIS ACTIVIDADES DE HIGIENE, VESTIDO Y DESPLAZAMIENTO, HASTA MI EGRESO DE LAS INSTALACIONES DEL LABORATORIO DE SUEÑO DEL INER.

NOMBRE Y FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**XI: Para uso en el área de recepción del Servicio de Medicina de Sueño:**

El paciente confirmó su asistencia al estudio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Fecha en que confirmó su estudio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Vía por la que confirmó su estudio: Llamó: \_\_\_\_\_ Acudió a recepción: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

Notas del caso:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Persona que confirma en recepción: \_\_\_\_\_

**XII: Para uso en el Laboratorio de Sueño:**

El paciente acudió a su estudio: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Acudió puntual y bajo las indicaciones que corresponden a su estudio programado: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Notas del caso:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Persona que atendió en el Laboratorio: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 173 de 212</b>

### 10.3 Prescripción de Presión Positiva INER-ECE-SMS-29


**Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**  
 Ismael Cosío Villegas  


  
 NSC: F.Nac: ( Años, Meses)

**Prescripción de Presión Positiva**

Fecha y hora de elaboración \_\_\_\_\_  
 ha sido recientemente estudiado en nuestro servicio y encontramos que requiere la utilización de un dispositivo de presión positiva en la vía aérea con las siguientes especificaciones:  
 Modo: \_\_\_\_\_  
 (Presión(es)) \_\_\_\_\_

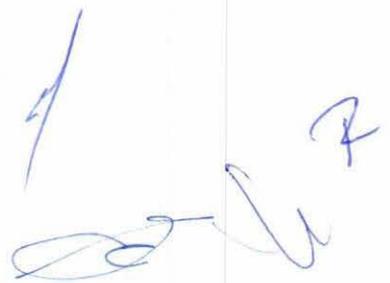
Rampas \_\_\_\_\_

Tamaño y tipo de interfaz \_\_\_\_\_

Prescripción de uso (tiempo de uso) \_\_\_\_\_

Oxígeno suplementario \_\_\_\_\_  
 Litros por minuto \_\_\_\_\_  
 Comentarios \_\_\_\_\_

Médico Adscrito \_\_\_\_\_  
 Ced. \_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 174 de 212

### 10.4. Informe de Poligrafía Respiratoria Nocturna INER-ECE-SMS-27

<p><b>SALUD</b> Secretaría de Salud</p>	<p><b>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias</b> Ismael Cosío Villegas</p>	<p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;">           NSC:    F.Nac:    ( Años, Meses)       </p>
<p><b>Informe de Poligrafía Respiratoria Nocturna</b></p>		
<p>Fecha y hora de elaboración _____</p> <p>Fecha del estudio _____</p>		
<p><b>1. GENERALIDADES</b></p> <p>Tipo de estudio _____</p> <p>Equipo utilizado _____</p> <p>Especifique Otro _____</p> <p>Señales registradas _____</p>		
<p>El estudio fue calificado manualmente de acuerdo con los criterios de la Academia Americana de Medicina del Sueño, publicados en el manual de calificación de sueño y eventos relacionados versión 3.2012.</p>		
<p><b>2. DATOS DE GRABACIÓN</b></p> <p>Duración del estudio _____</p> <p>Periodo de evaluación _____</p>		
<p><b>3. DATOS DE OXIMETRIA</b></p> <p>Saturación Basal (%) _____</p> <p>Saturación Promedio (%) _____</p> <p>Desaturación menor (%) _____</p> <p>Índice de Desaturación de Oxígeno (IDOX) (eventos por hora) _____</p> <p>Tiempo de Saturación menor al 90% (minutos) _____</p> <p>Tiempo de Saturación menor al 90% (porcentaje) _____</p> <p>Tiempo de Saturación menor al 88% (minutos) _____</p> <p>Tiempo de Saturación menor al 88% (porcentaje) _____</p>		
<p><b>4. EVENTOS RESPIRATORIOS</b></p> <p>Índice de Apnea _____</p> <p>Hipopnea (AHI) (eventos por hora) _____</p> <p>Apneas obstructivas (eventos) _____</p> <p>Apneas centrales (eventos) _____</p> <p>Apneas Mixtas (eventos) _____</p> <p>Hipopneas (eventos) _____</p>		
<p><b>5. OTRAS VARIABLES</b></p> <p>Frecuencia Cardíaca Promedio _____</p> <p>Frecuencia Respiratoria Promedio _____</p>		
<p><b>CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:</b></p>		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 175 de 212</b>

Comentarios:

Manual de Procedimientos Respiratorio Paciente - 2008/03/01 - 01/31/14

**Diagnósticos Medicina del Sueño - (5 Registros)**

Diagnóstico	Descripción

Se recomienda

Médico que elabora: Nombre:  
Especialidad Médica:  
Cédula Profesional:

Médico que supervisa: Nombre:  
Especialidad Médica:  
Cédula Profesional:

Pág. 22

Cat. de Tablas-602 Del Taller Cu. Sesión XVI 1480. CDMA - Licencia Sanitaria No. 13-441-09-012-0002

INER ECE-SMS 27 (16.2025)


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		Hoja 176 de 212

**10.5 Nota de evolución INER-ECE-DM-22.**



**SALUD**  
Secretaría de Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Ismael Cosío Villegas



Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido
Expediente	Expediente	
Sexo	Sexo	
NSC:	F.Nac: DD/MM/AAAA (	Años, Meses)

Nota de Evolución

Servicio: \_\_\_\_\_

Número de cama: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de elaboración: \_\_\_\_\_

**Somatometría - (1 Registro)**

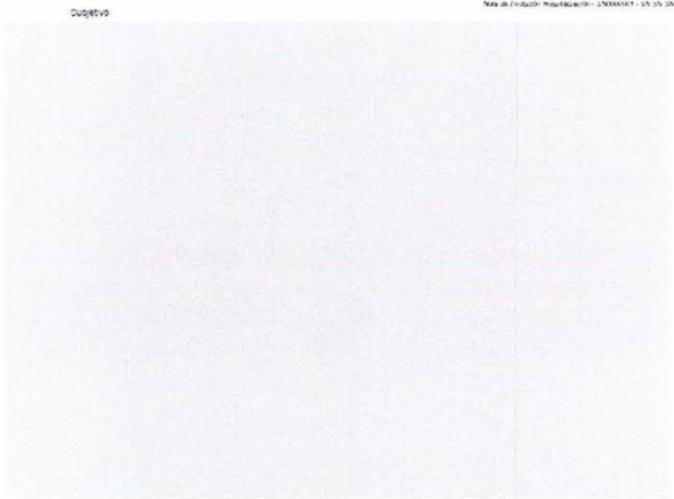
Peso Actual (kg)	Talla (cm)	IMC	Diagnóstico IMC

**Signos Vitales - (1 Registro)**

Frecuencia Respiratoria (RPM)	Frecuencia Cardíaca (LPM)	Tensión Arterial: Sistólica (mmHg)	Tensión Arterial: Diastólica (mmHg)	Tensión Arterial: Media	Temperatura Corporal (°C)	PAM	SpO2	FIO2	Lit

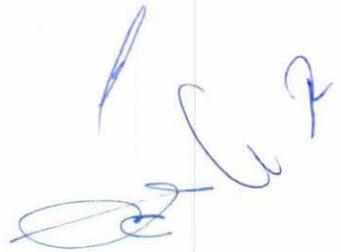
Paciente

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 177 de 212</b>



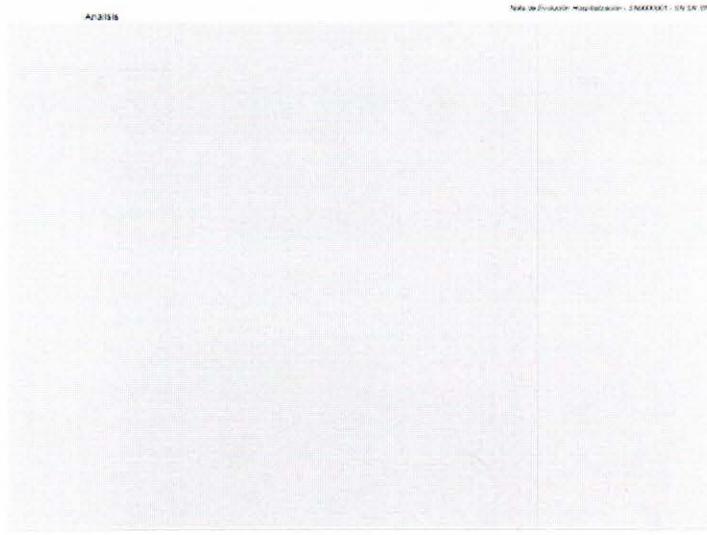
  
  
  

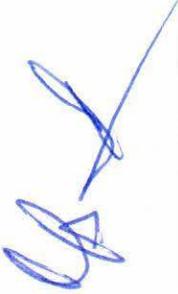


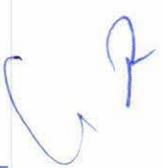


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 179 de 212</b>





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>4. Procedimiento para el préstamo de equipos de diagnóstico y tratamiento a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de presión positiva. (Módulo de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio)</b>		<b>Hoja 180 de 212</b>

Plan

Nota de Consulta - Hospitalización - 01/06/2021 - 21/07/21



Es Diagnóstico COVID?

Diagnóstico primario	Clave principal	Afección principal
Afección: Clave:		
Diagnóstico segundo primario	Clave segundo	Afección segundo
Afección: Clave:		
Diagnóstico tercer primario	Clave tercer	Afección tercer
Afección: Clave:		

Diagnósticos Adicionales - (1 Registro)

Diagnóstico (CIE-10)	Descripción Diagnóstico
Clave: Afección: Descripción secundaria:	
Incluye: Excluye:	

Prognóstico  
Plazo

Estado de Salud  
Indicación de Pre-ata  
Tipo de pase

Médico que elabora

Médico asistido

Ced:

Ced:

Foja 5/5

Cad. de Paseo 4822 Dm. Toluca (Caj. Servicio) P.O. BOX 10000 - Loma de San Mateo No. 10000-10000

MDR 01/04/2019 01/04/2019

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 181 de 212

**5. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Handwritten signatures in blue ink are present on the right side of the page, including a large signature at the top right and several smaller ones below it.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 182 de 212</b>

## 1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Promover la participación del personal adscrito en proyectos de investigación que culminen en programas multidisciplinarios de estudio estrechamente vinculados, mediante actividades de atención médica y enseñanza del Servicio, con el fin de incrementar el número de trabajos publicados en las revistas del más alto nivel.

## 2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al personal del Servicio de Medicina del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al personal multidisciplinario que interviene en el desarrollo de protocolos de investigación.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Es responsabilidad de la persona titular del Servicio de Medicina del Sueño, mantener actualizado este procedimiento, para su correcta aplicación u observancia por parte del personal adscrito al área, bajo los criterios de legalidad, honestidad, eficacia, eficiencia, economía, racionalidad, austeridad, transparencia y equidad de género, evitando la duplicidad de funciones.
- 3.2 En el desarrollo de procedimientos del Servicio de Medicina del Sueño, que impliquen atención médica de pacientes que no cuenten con seguridad social, se estará a lo dispuesto en el Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, de conformidad con el artículo 77, Bis 1 de la Ley General de Salud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 183 de 212</b>

- 3.3 El personal de salud del instituto que tenga acceso oficial al expediente clínico convencional y electrónico, es responsable de asentar su evaluación y seguimiento de la atención proporcionada a pacientes de acuerdo a la normatividad aplicable en la materia y acorde con la convivencia entre el expediente clínico físico y el electrónico definidas por la Dirección Médica.
- 3.4 Todas las personas integrantes del equipo interdisciplinario que participen en la atención de pacientes, deben procurar la protección de pacientes de acuerdo al Modelo de Calidad, implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y/o por el Consejo de Salubridad General y aplicando las acciones esenciales para la seguridad de pacientes.
- 3.5 Las personas adscritas al Servicio de Medicina del Sueño, deben:
- 3.5.1 Contribuir con la conservación de la documentación generada con motivo de sus actividades, de conformidad con la clasificación archivística y Catálogo de Disposición Documental que corresponda de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Archivos.
- 3.5.2 Procurar la protección del/la paciente de acuerdo con el Programa de Seguridad del Paciente, el Plan de Calidad y, aplicando las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
- 3.5.3 Actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficiencia y eficacia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.
- 3.5.4 Participar en las actividades de enseñanza y entrenamiento en el manejo, programación y uso de los equipos de presión positiva, incluido el personal médico y técnico rotante por el servicio.

*[Handwritten signatures in blue ink]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 184 de 212</b>

3.6 Los proyectos de investigación con financiamiento externo que se realicen en el Servicio de Medicina del sueño deben ser evaluados y autorizados por el Comité de Ética en Investigación, el Comité de Investigación y el Comité de Bioseguridad cuando aplique, así como contar con el seguimiento a la formalización de los convenios por el Departamento de Asuntos Jurídicos y Unidad de Transparencias. De acuerdo a lo establecido en cada uno de los manuales de Integración y Funcionamiento de cada Comité.

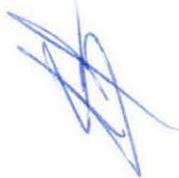
3.7 Los convenios de colaboración celebrados con empresas patrocinadoras y/o con recursos internos, deben ser firmados por las personas titulares de la Dirección General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER y la empresa patrocinadora, de acuerdo a la normatividad aplicable y debe establecer:

3.7.1 Fechas de pagos y las fracciones del total estimado.

3.7.2 Los montos requeridos por servicios prestados por el INER, sugeridos o calculados por la Oficina de Convenios y Control de Servicios Médicos a Pacientes de Protocolos de Investigación, Módulo de Convenios y la Subdirección de Presupuesto y Recursos Financieros del INER.

3.7.3 Los costos por compensaciones para investigadores/as y participantes por el trabajo adicional realizado para completar el proyecto.

3.7.4 Especificar de forma clara la aplicación de los fondos incluyendo las compensaciones al personal. En caso de haber compensaciones descritas en el convenio su otorgamiento se ajustará a la normativa aplicable en la materia en el INER.






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 185 de 212</b>

3.8 Las personas investigadoras que desarrollen protocolos de investigación debidamente autorizados deben:

3.8.1 Gestionar la obtención de recursos destinados a la investigación de manera interna o externa de acuerdo a la normatividad aplicable.

3.8.2 Controlar los estados de cuenta mensuales para la correcta administración de los recursos monetarios.

3.8.3 Manejar un fondo fijo para gastos menores que se generen en cada proyecto.

3.8.4 Supervisar la utilización eficiente de los recursos obtenidos para la investigación, en cumplimiento a los lineamientos correspondientes.

3.8.5 Supervisar el desarrollo de las investigaciones, con el fin de que se realicen de conformidad con el protocolo autorizado.

3.8.6 Reportar semestralmente a las personas titulares de la Dirección de Investigación, con copia al Departamento de Apoyo Técnico y la Dirección Médica, el informe de los proyectos, acorde a los formatos que se incluyen.

3.8.7 Presentar los resultados y los elementos más importantes del protocolo de investigación en un informe final al concluir el mismo, y hacerlo llegar de manera inmediata a estas mismas instancias.

3.9 La participación y responsabilidad del INER, así como los derechos de autor de las investigaciones desarrolladas en colaboración con otras organizaciones, será en estricto apego al convenio de colaboración celebrado con las autoridades correspondientes.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 186 de 212

3.10 El/la investigador/a responsable podrá difundir los resultados obtenidos del proyecto de investigación desarrollado, a través de publicaciones en revistas científicas, presentaciones en congresos científicos, dirección o asesorías de tesis para la obtención de grados académicos; así como cursos, talleres o pláticas en organizaciones públicas y no gubernamentales.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 187 de 212

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Personal médico investigador o clínico del Servicio de Medicina del Sueño.	1	Establece acuerdo con el Instituto o la empresa, para desarrollar proyecto de investigación en el Instituto.	INER-CEINV-CINV-01
	2	Realiza la propuesta del tema prioritario de investigación para el diseño del protocolo.	
	3	Presenta el proyecto en el formato para protocolos de investigación, para su aprobación ante el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto.	
Comité de Investigación, Comité de Ética en Investigación y Comité de Bioseguridad del INER (cuando aplique)	4	Recibe protocolo de investigación con los documentos relacionados y los distribuye entre los revisores.  ¿El proyecto procede?	Oficio
	5	No: Informa mediante oficio al personal médico investigador la resolución.  <b>Termina procedimiento.</b>	
Personal médico investigador o clínico del Servicio de Medicina del Sueño.	6	Sí: Genera Dictamen de Aprobación.	Dictamen
	7	Coordina con las personas titulares de la empresa patrocinadora, la Subdirección de Presupuesto y Recursos Financieros, el Departamento de Asuntos Jurídicos y Unidad de Transparencia, la elaboración del convenio de colaboración respectivo.	Convenio

Handwritten signatures in blue ink at the bottom of the page.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: <b>NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 188 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	8	Lleva a cabo el desarrollo del proyecto de investigación.	
	9	Documenta cada una de las etapas del desarrollo de la investigación incluido el consentimiento y el aviso de privacidad simplificados firmados por cada paciente que participa en el proyecto de investigación, hasta la conclusión del proyecto.  ¿El protocolo finaliza de acuerdo a su periodo de vigencia?	INER-CEINV-CINV-01 INER-DI-01
	10	<b>Sí:</b> Elabora informe final.  <b>Termina procedimiento.</b>	
	11	<b>No:</b> Presenta justificación de las causas por las que no puede concluir y solicita prórroga.  ¿La solicitud de prórroga fue aceptada?	Justificación
	12	<b>No:</b> Concluye el protocolo.  <b>Termina procedimiento.</b>	
	13	<b>Sí:</b> Continúa con el desarrollo del protocolo hasta presentar informe final de la investigación desarrollada al Comités de Ética en Investigación y al Comité de Investigación, con copia al Departamento de Apoyo Técnico.	Informe final
	14	Selecciona el medio a través del cual realizará la difusión de los resultados obtenidos.	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

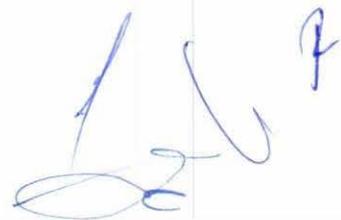
*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 189 de 212

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	15	Prepara el documento para la revista, comité organizador del congreso y/o la institución de educación superior correspondiente, de conformidad con los lineamientos establecidos por cada medio de difusión.	
	16	Verifica y documenta la publicación del trabajo.	Publicación
	17	Elabora reporte sobre los artículos publicados, trabajos presentados en congresos y tesis dirigidas.	Reporte
		<b>Termina procedimiento.</b>	

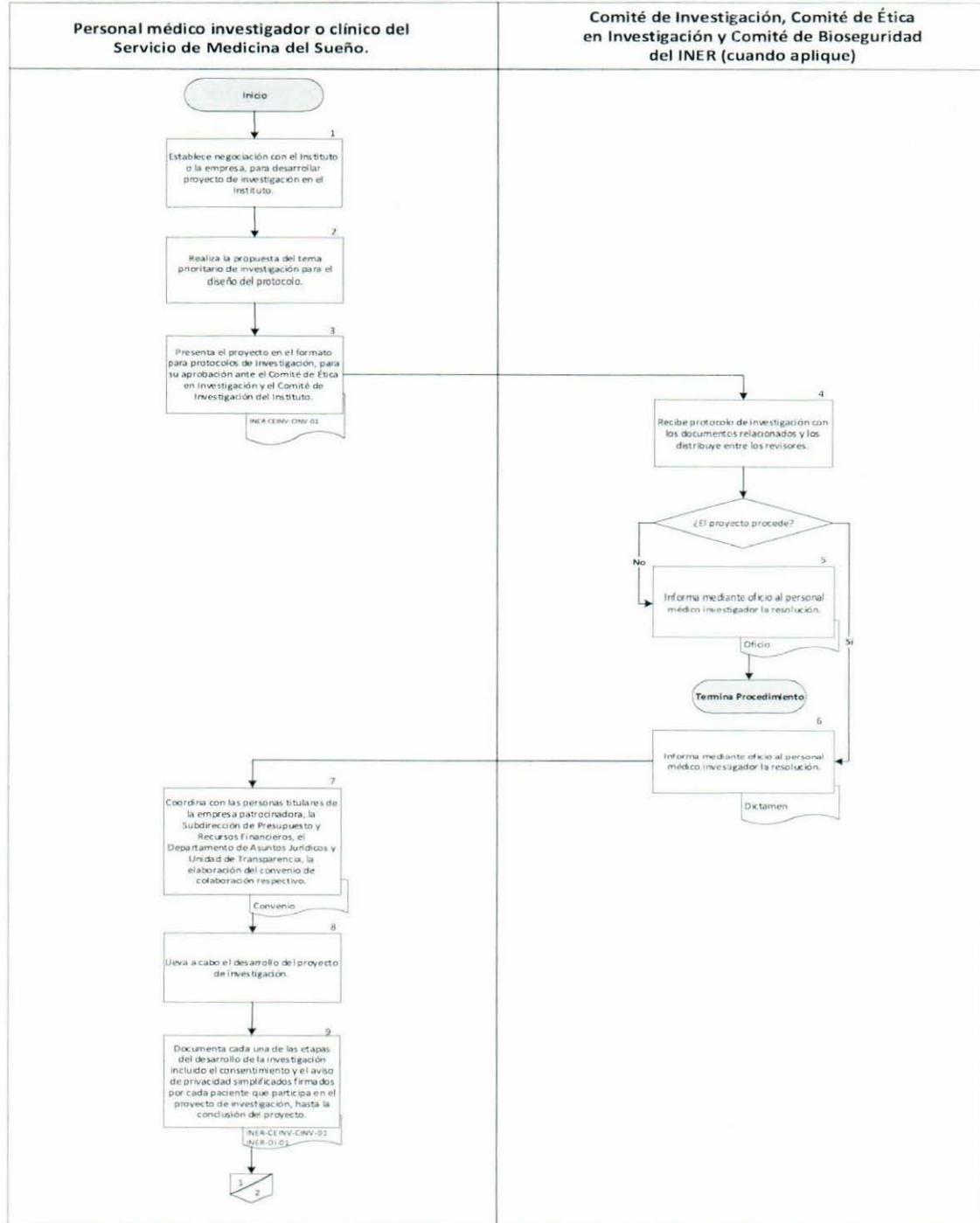




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 190 de 212

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



*[Handwritten signature]*

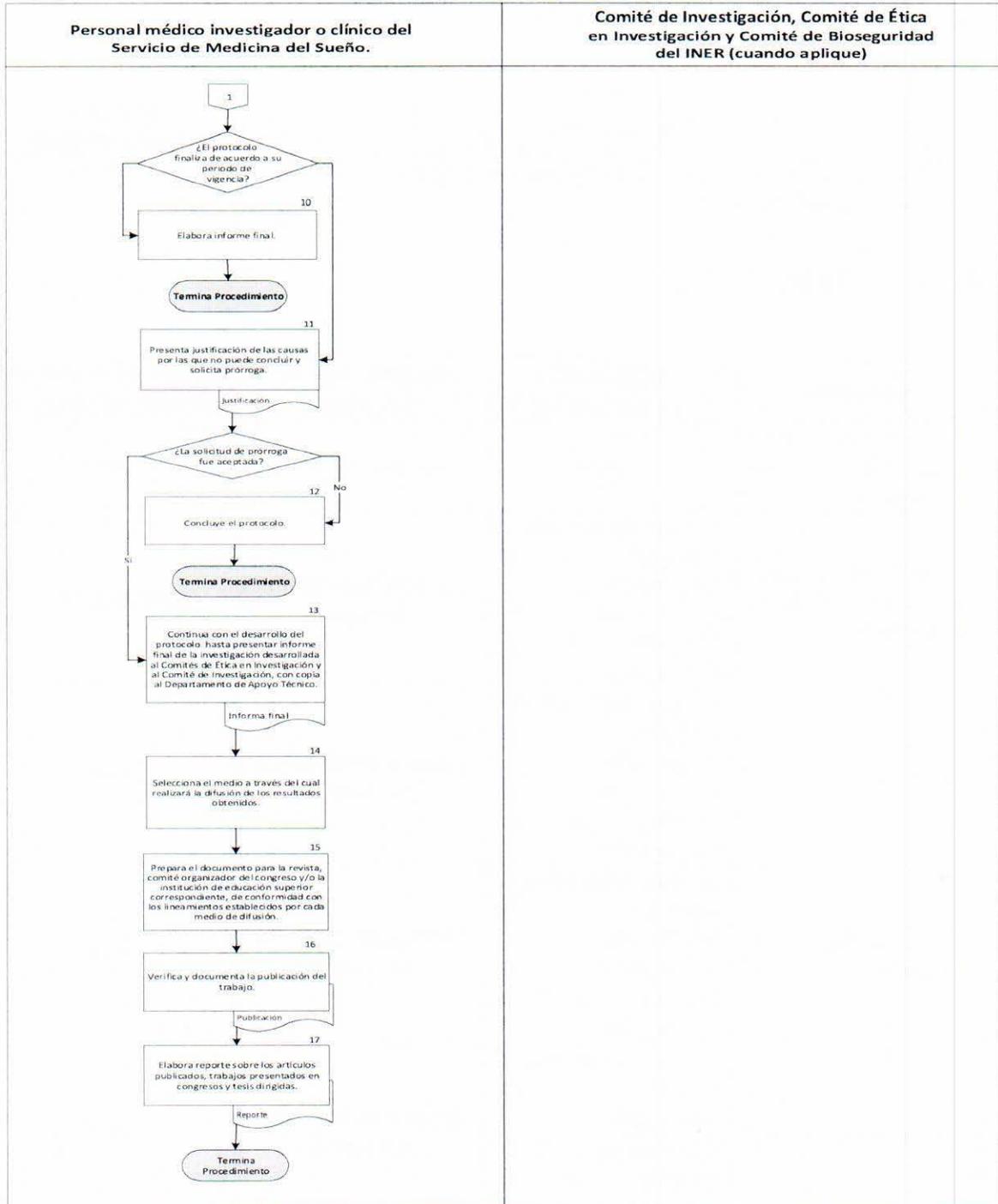
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 191 de 212



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 192 de 212

## 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.	N/P

## 7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.2 Formato para protocolos de investigación	5 años	Expediente clínico	INER-CEINV-CINV-01
7.3 Informe al titular de sus datos personales	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	INER-DI-01
7.4 Oficio	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P
7.5 Carta de aceptación	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P
7.6 Convenio	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 193 de 212

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.7 Justificación	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P
7.8 Informe final	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P
7.9 Publicación	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P
7.10 Reporte	Lo que determine el Catálogo de Disposición Documental de acuerdo a su clasificación.	Servicio de Medicina del Sueño	N/P

## 8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 **Investigador/a principal**, al profesional de la salud, a quien la Secretaría de Salud autoriza un proyecto o protocolo para la ejecución de una investigación para la salud en seres humanos, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma y es responsable de conducir, coordinar y vigilar el desarrollo de dicha investigación.

8.2 **Paciente**: Persona que participará en proyectos de investigación y que será reclutado de acuerdo con los criterios del protocolo.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 194 de 212</b>

8.3 **Persona Investigadora principal**, al profesional de la salud, a quien se autoriza un proyecto o protocolo para la ejecución de una investigación para la salud, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma y es responsable de conducir, coordinar y vigilar el desarrollo de dicha investigación.

8.4 **Protocolo**: Documento donde se describen las diferentes partes de un proyecto de investigación y que debe ser aprobado por los respectivos comités de Investigación y Bioética del INER.

8.5 **Proyecto de Investigación**: Constituye la etapa de planificación de una investigación. También es el documento base del investigador, cuyas especificaciones le permiten orientar el proceso de ejecución del trabajo. Es el documento que contiene el plan de un proyecto de investigación científica, con el máximo posible de detalle, precisión y claridad.

8.6 **Usuario/a**: Sujeto o familiar de paciente que participará en proyectos de investigación y que será reclutado de acuerdo con los criterios del protocolo.

## 9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
4	07-diciembre-2024	Actualización de políticas, normas y lineamientos de procedimientos
5	28-octubre-2025	Actualización de procedimientos y cambio de adscripción.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 195 de 212

## 10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato para protocolos de investigación INER-CEINV-CINV-01
- 10.2 Aviso de Privacidad Simplificado INER-DI-01

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 196 de 212

## 10.1 Formato para protocolos de investigación INER-CEINV-CINV-01



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



### RECOMENDACIONES PARA LLENADO DEL FORMATO

1. Todo proyecto de investigación que sea sometido a evaluación del Comité de Ética en Investigación o al Comité de Investigación, debe ajustarse al formato establecido.
2. Todos los proyectos deben ajustarse a los espacios requeridos, los cuales están diseñados para agilizar la revisión del proyecto.
3. Si algún apartado no aplica para un estudio en particular favor de indicarlo.
4. Es indispensable llenar todos y cada uno de los apartados que contiene este formato, incluyendo "Beneficios para la institución".
5. En caso de estudios de investigación en humanos, siempre debe anexarse la carta de Consentimiento Informado.
6. Cualquier instrumento de nueva aplicación, como cuestionarios, etc., que se pretendan incluir en el estudio, se deberán anexar a este formato.
7. Únicamente se podrá extender en los apartados de *Material y Métodos* así como *Referencias Bibliográficas*.
8. Es indispensable anotar el tipo de riesgo de la investigación, éste deberá ser considerado de acuerdo a lo establecido en el Art. 17 del REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (para el sujeto de investigación).
  - Investigación sin riesgo.
  - Investigación con riesgo mínimo.
  - Investigación con riesgo mayor que el mínimo.
9. Colocar en el Pie de Página el número de versión.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 197 de 212</b>



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



<b>TÍTULO DEL PROYECTO</b>	
<b>INVESTIGADOR RESPONSABLE Y ADSCRIPCIÓN</b> Debe contener: nombre, título y adscripción del investigador principal.	
<b>INVESTIGADORES PARTICIPANTES Y ADSCRIPCIONES</b> Debe contener: nombres, títulos y adscripciones de los investigadores participantes.	
<b>FECHA DE INICIO:</b>	<b>FECHA DE TÉRMINO:</b>

**CRONOGRAMA**

	Periodos en:																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Ejecución	<input type="checkbox"/>																							
Análisis	<input type="checkbox"/>																							
Preparación de la publicación	<input type="checkbox"/>																							

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 198 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ÚLTIMAS 5 PUBLICACIONES Y/O PROYECTOS DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

Página 3 de 15  
NUMERO DE VERSIÓN:

INER-CEINV-CINV-01 (09.2024)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 199 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
COMITE DE INVESTIGACION

TITULO DEL PROYECTO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Página 4 de 15  
NUMERO DE VERSIÓN:

INER-CEINV-CINV-01 (09.2024)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 200 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



**ANTECEDENTES**

Utilizar únicamente este apartado para la descripción de antecedentes

Se deberá proveer información de base para poder entender la relevancia del presente estudio y el propósito y fundamento del estudio.  
Se deberá incluir un resumen de los datos de estudios no clínicos que tengan potencialmente una importancia clínica y de estudios clínicos y epidemiológicos relevantes para el presente estudio, así como las referencias de la literatura relevantes al estudio y que provean un sustento para el estudio.

Página 5 de 15  
NUMERO DE VERSIÓN:

INER-CEINV-CINV-01 (09.2024)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 201 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

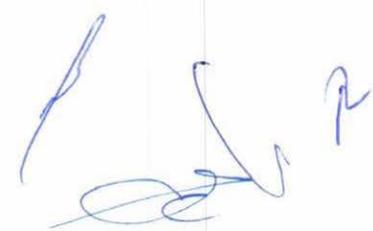


JUSTIFICACIÓN

Explique la originalidad, y/o relevancia científica.

HIPÓTESIS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 202 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



OBJETIVO (S) GENERAL (ES)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

TAXONOMÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Marque la(s) casilla(s) que apliquen de acuerdo a su estudio:

• Propósito general	
<input type="checkbox"/>	Descriptivo
<input type="checkbox"/>	Comparativo (analítico)
• Forma de asignación de los agentes	
<input type="checkbox"/>	Estudio experimental
<input type="checkbox"/>	Estudio observacional
• Secuencia temporal	
<input type="checkbox"/>	Transversal
<input type="checkbox"/>	Longitudinal
• Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	
<input type="checkbox"/>	Prospectivo
<input type="checkbox"/>	Retrospectivo

Página 7 de 15  
 NUMERO DE VERSIÓN:

INER-CEINV-CINV-01 (09.2024)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 203 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

**DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Señale el diseño epidemiológico de su estudio en el caso que aplique.

<b>1. Estudios Descriptivos</b>	
<input type="checkbox"/>	Estudios en poblaciones (correlacionales)
<input type="checkbox"/>	Estudios en individuos
<input type="checkbox"/>	Informe de caso
<input type="checkbox"/>	Serie de casos
<input type="checkbox"/>	Estudio transversal
<b>2. Estudios Analíticos</b>	
<b>a. Observacionales</b>	
<input type="checkbox"/>	Casos y controles
<input type="checkbox"/>	Cohorte
<b>b.</b>	<input type="checkbox"/> Intervención (ensayos clínicos)

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 204 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

"Indicar lo que se pretende obtener para el conocimiento en el tema de estudio al desarrollar esta investigación"

1.	Comprensión	<input type="checkbox"/>
2.	Prevención	<input type="checkbox"/>
3.	Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
4.	Tratamiento	<input type="checkbox"/>
5.	Rehabilitación	<input type="checkbox"/>

Indicar el Programa de Estudio del que se deriva este proyecto:

1.	Programa de Estudio sobre la Influenza y otros Virus Respiratorios.	<input type="checkbox"/>
2.	Programa de Estudio sobre Problemas Respiratorios asociados a la exposición al Tabaco y Humo de Leña.	<input type="checkbox"/>
3.	Programa de Estudio sobre Tuberculosis.	<input type="checkbox"/>
4.	Programa de Estudio sobre Enfermedades Fibrosantes del Pulmón.	<input type="checkbox"/>
5.	Programa de Estudio sobre Cáncer Pulmonar.	<input type="checkbox"/>
6.	Programa de Estudio sobre Asma.	<input type="checkbox"/>
7.	Programa de Estudio sobre el envejecimiento en la estructura y función pulmonar.	<input type="checkbox"/>
8.	Programa de Estudio sobre VIH y SIDA.	<input type="checkbox"/>
9.	Programa de Estudio en Cirugía y Trasplante Pulmonar Experimental.	<input type="checkbox"/>
10.	Programa de Investigación sobre la contaminación y su impacto en las Enfermedades Respiratorias.	<input type="checkbox"/>
11.	Programa de Estudio de Investigación en Inmunogenética y Alergia.	<input type="checkbox"/>
12.	Programa de Estudio sobre Infecciones Respiratorias Bacteriana y Micosis	<input type="checkbox"/>
13.	Programa de Estudio sobre Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>
14.	Programa de Estudio sobre Enfermedades Metabólicas asociadas a Enfermedades Respiratorias.	<input type="checkbox"/>
15.	Programa de Estudio de la Clínica del Sueño	<input type="checkbox"/>
16.	Programa de Estudio. sobre Fisiología Respiratoria.	<input type="checkbox"/>
17.	Programa de Estudio sobre Tromboembolia Pulmonar.	<input type="checkbox"/>
18.	Programa de Estudio sobre Enfermedades Cardiovasculares y Respiratorias.	<input type="checkbox"/>
19.	Programa de Estudio Enfermedades del Oído y vías Respiratorias Altas.	<input type="checkbox"/>
20.	Programa de Estudio sobre Farmacología.	<input type="checkbox"/>
21.	Programa de Desarrollo Biotecnológico.	<input type="checkbox"/>
22.	Programa de Estudio de la Respuesta Inmune.	<input type="checkbox"/>
23.	Programa de Estudio sobre Bioética.	<input type="checkbox"/>
24.	Programa de Estudio en el Desarrollo e Innovación de Técnicas experimentales.	<input type="checkbox"/>
25.	Programa de Estudio asociado directo o indirectamente a patologías del aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>

En el caso de que exista alguna propuesta para desarrollar un proyecto de investigación que no se encuentre apegado a los Programas de Estudio enlistados o no tenga alguna relación con el objetivo institucional, ésta deberá incluir una justificación que indique el beneficio institucional de su desarrollo.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		<b>Código: NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		<b>Hoja 205 de 212</b>



FORMATO PARA PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

**MATERIAL Y MÉTODOS**  
UTILIZAR LAS HOJAS NECESARIAS

- a) Lugar del estudio.
- b) Descripción de la población de estudio.
  - 1. Criterios de Inclusión.
  - 2. Criterios de Exclusión.
  - 3. Criterios de Eliminación.
  - 4. Tamaño de muestra.
- c) Variables de desenlace y descripción de las otras variables de estudio.
- d) Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos de control de calidad de los datos. Captura de datos.
- e) Plan de análisis de resultados.
  - 1. Métodos de análisis estadístico según el tipo de variables.
  - 2. Programa (software) a utilizar para el análisis de datos.
- f) Utilizará modelos animales.
  - Sí     No

Para los protocolos de investigación con animales, hacer mención de lo siguiente:

Especie, Cepa o Línea a utilizar, Cantidad, Sexo, Peso o Edad, etc.

Descripción de la cantidad de animales por grupo experimental y por grupo control. Adicionalmente, favor de indicar claramente el número total de animales a ser utilizados en el proyecto.

Describe si se requiere alguna condición o característica particular de alojamiento, mantenimiento, alimentación, cuidados veterinarios, etc.

Describir los procedimientos que se emplearán en este proyecto; por ejemplo, restricción de agua, alimentos, uso de catéteres, extracción de sangre, intubaciones, administración de agentes químicos/fármacos, inoculación de microorganismos patógenos, procedimientos de cirugía con recuperación, suministro de alimento especial/dieta/suplemento, etc.

Duración estimada del tiempo de trabajo con animales en experimentación. Describir si es un procedimiento de tipo terminal o agudo/procedimiento crónico.

En caso de utilizar algún tipo de anestésico por favor indicar dosis, vía de administración y frecuencia de uso.

En caso de que el procedimiento experimental ocasione dolor en los animales favor de describir las medidas que utilizarán para aliviarlo (uso de analgésicos, posología y vía de administración, eutanasia, etc.).

¿Qué método de eutanasia se llevará a cabo al final del experimento?  
.....





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: NCDPR 030
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 206 de 212



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO PARA PROTOCOLOS  
DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL  
DE ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

a) Indique el tipo de riesgo de la investigación.

El tipo de riesgo deberá ser considerado de acuerdo a lo establecido en el Art. 17 del REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:

- Investigación sin riesgo.
- Investigación con riesgo mínimo.
- Investigación con riesgo mayor que el mínimo.

b) Para los protocolos de investigación en animales, hacer mención de la reglamentación vigente:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Séptimo, de la Investigación que incluya la utilización de animales de experimentación.
- Ley Federal de Sanidad Animal.
- Reglamento de la Ley Federal de Sanidad Animal.
- NOM-062-ZOO-1999, Especificaciones técnicas para la producción, cuidado y uso de animales de laboratorio.
- Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio "Guide for the Care and use of Laboratory Animals eighth Edition, Institute for Laboratory Animal Research Council".
- Lineamientos para el sacrificio humanitario de los animales "AVMA Guidelines for the Euthanasia of Animals: 2013 Edition".

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 207 de 212



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION  
COMITE DE INVESTIGACION

**COMENTARIOS Y CONSIDERACIONES DE LOS INVESTIGADORES**  
**FORMACIÓN DE NUEVOS RECURSOS HUMANOS DURANTE EL PROYECTO**  
(INDICAR NIVEL)  
"SI ESTE APARTADO NO APLICA PARA ESTE ESTUDIO FAVOR DE INDICARLO"

*[Handwritten signatures in blue ink]*

*[Handwritten signatures in blue ink]*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 208 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS  
UTILICE EL ESTILO VANCOUVER

*[Handwritten signature]*

*14.*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUENO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación		Hoja 210 de 212



FORMATO PARA PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

**BENEFICIOS PARA LA INSTITUCIÓN**

Explicar los beneficios: económicos para pacientes, infraestructura u otros, que tendrá el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, al participar en el presente protocolo de investigación.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Rev. 04
	<b>SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO</b>		Código: <b>NCDPR 030</b>
	<b>5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación</b>		Hoja 211 de <b>212</b>

## 10.2 Aviso de Privacidad Simplificado INER-DI-01



### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO



En la **Dirección de Investigación** del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, somos responsables del **uso y protección de los datos personales** que usted nos proporciona, para su tranquilidad le informamos lo siguiente:

Los datos personales, que de usted obtenemos, tendrán por finalidad concentrar la información necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación para lo cual fue reclutado el sujeto de investigación y podrán ser transmitidos de manera interna a la Dirección General de la Institución, Órgano Interno de Control, además de otras instancias previstas en la Ley. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Unidad de Transparencia del INER, ubicada en Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales puede consultar el aviso de privacidad integral en la página web de este Instituto, [www.iner.gob.mx](http://www.iner.gob.mx) o bien directamente en la Unidad de Transparencia del INER.

Lo anterior con fundamento en los **artículos 3, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**.

Nombre del investigador que hace la entrega: \_\_\_\_\_

Nombre del participante en la investigación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INER-DI-01 (12-2018)



### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO



En la **Dirección de Investigación** del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, somos responsables del **uso y protección de los datos personales** que usted nos proporciona, para su tranquilidad le informamos lo siguiente:

Los datos personales, que de usted obtenemos, tendrán por finalidad concentrar la información necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación para lo cual fue reclutado el sujeto de investigación y podrán ser transmitidos de manera interna a la Dirección General de la Institución, Órgano Interno de Control, además de otras instancias previstas en la Ley. Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Unidad de Transparencia del INER, ubicada en Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales puede consultar el aviso de privacidad integral en la página web de este Instituto, [www.iner.gob.mx](http://www.iner.gob.mx) o bien directamente en la Unidad de Transparencia del INER.

Lo anterior con fundamento en los **artículos 3, 27 y 28 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**.

Nombre del Investigador que hace la entrega: \_\_\_\_\_

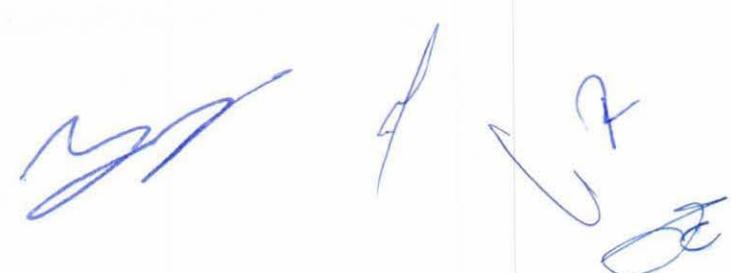
Nombre del participante en la investigación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INER-DI-01 (12-2018)



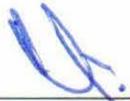




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 05
	SERVICIO DE MEDICINA DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 212 de 212

**IV AUTORIZACIÓN DEL MANUAL**

Realizó

  
**Dra. Martha Guadalupe Torres Fraga**  
 Titular del Servicio de Medicina del Sueño

  
**Dra. Selene Guerrero Zúñiga**  
 Adscrita al Servicio de Medicina del Sueño

  
**Dra. Tania Margarita Silva Cruz**  
 Adscrita al Servicio de Medicina del Sueño

  
**Dra. Yadira Guadalupe Rodríguez Reyes**  
 Adscrita al Servicio de Medicina del Sueño

Revisó

  
**Lcda. Ana Cristina García Morales**  
 Titular del Departamento de Asuntos Jurídicos  
 y Unidad de Transparencia

  
**Lcda. Claudia Poblano Castro**  
 Adscrita al Departamento de Planeación

Sancionó

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

Autorizó

  
**Dr. Ricardo Stanley Vega Barrientos**  
 Titular de la Subdirección de Atención Médica  
 de Neumología

  
**Dr. Armando Roberto Castorena Maldonado**  
 Titular de la Dirección Médica

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	28	10	2025