



Resolución Directoral

Lima, 11 de Febrero de 2026

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 43716-2025, que contiene, entre otros documentos, el proyecto de documento normativo, denominado "Guía Técnica: Guía de Procedimientos: Volúmenes Pulmonares por Pletismografía", del Servicio de Neumología, del Departamento de Especialidades Médicas, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que, la protección de la salud es de interés público; y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; señalando en el primer párrafo del artículo VI, del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, y modificatorias, refiere que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio de 2021, se aprobó el Documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3. del citado Documento Normativo, define la Guía Técnica como: "El documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica";

Que, el artículo 28°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que, el Departamento de



Especialidades Médicas, es el órgano encargado de la atención médica integral y especializada a los pacientes, según el nivel de complejidad del Hospital; depende de la Dirección General; y tiene como una de sus funciones: *"e) Proponer, ejecutar y evaluar las guías de prácticas clínicas y procedimientos en el campo de su competencia orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz";*

Que, conforme al numeral 4.2.12 del numeral 4.2. del numeral IV, de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, es función del Comité Institucional de Historias Clínicas: *"Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto con los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica";*



Que, la Directiva Sanitaria N° 001-HNDM/OGC/2023, Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales, aprobada mediante Resolución Directoral N° 152-2023/D/HNDM, de fecha 10 de julio de 2023, tiene como objetivo estandarizar el proceso para la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, tiene como finalidad, contribuir a garantizar que los usuarios reciban atención de calidad, avalada por Guías de Procedimientos Asistenciales, elaboradas de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados, que respondan a las prioridades sanitarias nacionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y, el uso de recursos en el Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, el proyecto de documento normativo, denominado "Guía Técnica: Guía de Procedimientos: Volúmenes Pulmonares por Pletismografía", del Servicio de Neumología, tiene como finalidad *"garantizar la ejecución del procedimiento de manera segura, eficaz y reproducible"* y tiene como objetivo general *"estandarizar los procesos del estudio de función pulmonar en la Especialidad de Neumología, en el Hospital Nacional Dos de Mayo";*

Que, mediante Informe N° 62-2025-HNDM-DEM, de fecha 14 de abril de 2025, la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, presenta el sustento técnico para la aprobación del proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Procedimientos: Volúmenes Pulmonares por Pletismografía" del Servicio de Neumología, del Departamento de Especialidades Médicas, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, con Nota Informativa N° 220-2025-HNDM/OGC, de fecha 5 de diciembre de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala que el Servicio Neumología, del Departamento de Especialidades Médicas, ha elaborado en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, la mencionada guía, en cumplimiento de la normativa vigente, por lo que emite su opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 005-2026-P-CIHC-HNDM, de fecha 16 de enero de 2026, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínica, remite el Acta N° 038-2026-CIHC-HNDM, de fecha 6 de enero de 2026, expedido por el Comité Institucional de Historias Clínicas, a través del cual acuerdan por unanimidad brindar opinión favorable para la incorporación en la historia clínica de los formatos denominados: "Consentimiento Informado, Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado" y "Reporte de Pruebas Funcionales", los mismos que serán aprobados a través del presente acto resolutivo, para su incorporación en la historia clínica;

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial





Resolución Directoral

Lima, 11 de Febrero de 2026



N° 057-2026/MINSA, de fecha 17 de enero de 2026, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTOS: VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFÍA", del Servicio de Neumología, del Departamento de Especialidades Médicas, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que consta de veinte (20) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Especialidades Médicas, difunda, monitoree y supervise el cabal cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Aprobar los siguientes formatos:

- ✓ "Consentimiento Informado, Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado".
- ✓ "Reporte de Pruebas Funcionales"

Artículo 4°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadísticas e Informática realice la impresión y distribución de los formatos aprobados a través del artículo tercero de la presente resolución.

Artículo 5°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta los formatos aprobados en el artículo tercero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

Artículo 6°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO
Director General
CMP. N° 16688 RNE. 11414

CGMS/RVTC/amcdyd

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Ofic. de Control Institucional.
 - Departamento de Especialidades Médicas.
 - Ofic. de Gestión de la Calidad.
 - Ofic. Asesoría Jurídica.
 - Ofic. Estadística e Informática.
 - Archivo.



HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

**GUIA TECNICA:
GUIA DE PROCEDIMIENTOS:
VOLUMENES PULMONARES POR
PLETISMOGRAFÍA**

**Departamento de Especialidades
Médicas**

Servicio de Neumología

2026



Dr. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO
Directora General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Econ. JEANNETTE SUSAN TOLEDO RISCO
Director Administrativo del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. Glicería LAVADO DE LA FLOR
Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Dra. Lucia Beatriz BOBBIO FUJISHIMA
Jefe Departamento de Especialidades Médicas

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"



DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Servicio de Neumología

JEFATURA

Dr. Félix Konrad Llanos Tejada

Jefe Servicio de Neumología

RESPONSABLE DEL EQUIPO ELABORADOR DE LA GUÍA

Dra. Mónica Betalleluz Wong

Médico Especialista Neumología

INTEGRANTES DEL EQUIPO TRABAJO SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

Dra. Mónica Betalleluz Wong

Médico Especialista Neumología

Dra. Ana Dávila Capuñay

Médico Especialista Neumología

Dr. Antonio Morales Avalos

Médico Especialista Neumología



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"



INDICE

	Pág.
I. Finalidad.....	1
II. Objetivo.....	1
III. Ámbito de aplicación.....	1
IV. Nombre del procedimiento a estandarizar.....	1
V. Consideraciones generales.....	2
5.1. Acrónimos, siglas y abreviaturas.....	2
5.2. Definiciones operativas.....	2
5.3. Conceptos básicos.....	2
5.4. Requerimientos básicos.....	3
5.5. Consentimiento informado.....	5
VI. Consideraciones específicas.....	5
6.1. Indicaciones.....	5
6.2. Contraindicaciones.....	6
6.3. Descripción detallada del procedimiento.....	6
6.4. Complicaciones.....	10
VII. Recomendaciones.....	10
VIII. Anexos.....	10
IX. Bibliografía.....	20



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"



Título:

**GUIA TECNICA:
GUIA DE PROCEDIMIENTOS: VOLUMENES PULMONARES POR
PLETISMOGRAFÍA**

I. FINALIDAD.

Garantizar la ejecución del procedimiento de manera seguro, eficaz y reproducible

II. OBJETIVO.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procesos del estudio de función pulmonar en la Especialidad de Neumología, en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Normar cada paso del procedimiento
- Implementar una fuente de información adecuada para la consulta previa a la ejecución de un procedimiento.
- Habilitar las Guías Técnicas, para estar en condiciones de alta competitividad, para ofrecer nuestros servicios intra y extra hospitalariamente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Aplicabilidad referencial a otros establecimientos de salud que cuenten con el equipo necesario para la ejecución de la prueba.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Incluye a toda población mayor de 15 años, capaz de colaborar y realizar maniobras que cumplan con los criterios de aceptabilidad y repetibilidad.

IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

4.1. NOMBRE:

- Procedimiento asistencial Volúmenes Pulmonares por Pletismografía

4.2. CODIGO CPMS: Código de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud APROBADO SEGUN RM 550-2023/MINSA

- **CODIGO: 94750**
DENOMINACION: Estudio de tolerancia pulmonar (pej: pletismografía, mediciones de volúmenes y presiones)



V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

- CPT: Capacidad Pulmonar total.
- IC: capacidad inspiratoria
- CRF: Capacidad Residual Funcional
- CV: Capacidad vital
- Gaw: Conductancia de las vías respiratorias
- *IRV: Volumen de reserva Inspiratorio*
- VR: Volumen residual
- VT: volumen corriente
- VEF1: Volumen espiratorio forzado
- TLC: calcular la capacidad pulmonar total
- TGV: volumen de gas intratorácico
- sRaw: Resistencia específica en las vías respiratorias

5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.

La pletismografía corporal (PC) es una prueba de función respiratoria que mide el volumen de gas intratorácico (TGV) y la resistencia específica de la vía aérea (sRaw)¹.

5.3. CONCEPTOS BÁSICOS.

La Pletismografía corporal es una prueba de mecánica de la respiración cuya principal medición directa es la capacidad funcional residual que corresponde al volumen de gas intratorácico medido al final de la espiración a volumen corriente estable. Se realiza adicionalmente una medición de capacidad vital lenta (VC), volumen corriente (VT), capacidad inspiratoria (IC) y volumen de reserva espiratorio (ERV). Esas mediciones permiten calcular la capacidad pulmonar total (TLC) y el volumen residual (RV)².

- *Volumen corriente (VT)*: es el volumen de aire que es inspirado y espirado con cada ciclo durante una respiración normal.
- *Volumen residual (RV)*: es el volumen de aire remanente en los pulmones después de una exhalación máxima.
- *Volumen de reserva espiratorio (ERV)*: es el máximo volumen de aire que puede ser exhalado desde el nivel previo de FRC.
- *Volumen de reserva Inspiratorio (IRV)*: es el mayor volumen de aire que se puede inhalar desde un nivel previo al final de la inspiración de un ciclo respiratorio normal.
- Capacidad inspiratoria (IC): es el mayor volumen de aire que se puede inspirar desde un nivel previo de FRC, corresponde a la suma del VT y el IVR.
- *Capacidad residual funcional (FRCpleth o ITGV)*: Es el volumen de aire dentro de los pulmones al final de la espiración de un ciclo respiratorio normal, corresponde a la suma del ERV y RV. Está determinada por el balance entre la



retracción elástica del pulmón y el retroceso elástico de la pared del tórax mientras los músculos respiratorios se encuentran en reposo.

- **Capacidad vital (VC):** es el volumen máximo de aire que puede exhalarse desde capacidad pulmonar total hasta llegar a volumen residual (capacidad vital exhalatoria); o bien, inhalarse desde volumen residual hasta capacidad pulmonar total (capacidad vital inhalatoria).
- **Capacidad pulmonar total (TLC):** es el mayor volumen de aire contenido en los pulmones después de una inspiración máxima, obteniéndose por la suma de FRCpleth + IC).
- **Resistencia específica en las vías respiratorias (sRaw):** es la relación entre el flujo medido en la boca y el cambio de volumen medido en la cabina durante respiración a VT.
- **Resistencia en vías respiratorias (Raw):** indica la presión alveolar necesaria para generar un flujo de 1 L/s, se calcula ajustando la sRaw a la FRCpleth y al VT como sigue $Raw = sRaw / (FRCpleth + VT/2)$; se mide en cmH₂O/L/seg.
- **Conductancia de las vías respiratorias (Gaw):** es el recíproco de la sRAW ($1/sRAW$) medida en (L/seg/ cmH₂O); corresponde a la conductancia. Este valor mantiene una relación lineal con el volumen.

5.4. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.4.1. RECURSOS HUMANOS

- 01 (Un) Médico Especialista Neumólogo, capacitado en la realización de esta prueba, por el alto riesgo de daño a equipamiento de alto costo.
- 01 (Un) Licenciado en enfermería
- 01 (Un) Técnico en Enfermería

5.4.2. RECURSOS MATERIALES

a) Material Médico no Fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Pinzas nasales	Unidad	01
Conectores (codos)	Unidad	01
Tubo capilar	Unidad	01
Boquillas reutilizables	Unidad	01



b) Material médico fungible

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Filtro antibacteriano microgard II descartable	Unidad	01
Respirador N95	Unidad	01
Mascarilla quirúrgica/desechable	Unidad	01
Guantes de látex	Par	01
Equipo de protección personal desechable	Unidad	01

c) Medicamentos y Dispositivos Médicos

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Inhaladores (*)	Unidad	01

* según lo requiera el caso.

d) Equipos

• Equipos Biomédicos:

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Equipo de Función pulmonar /Pletismógrafo (Litros)	Unidad	01
Balanza digital (Kg)	Unidad	01
Tallímetro (cm)	Unidad	01
Termómetros ambientales con una precisión de 1 °C. (Grado celcius)	Unidad	01
Tensiómetro (mmHg)	Unidad	
Estetoscopio	Unidad	



- Equipos de Computo

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Computadora de acuerdo con requerimientos del dispositivo.	Unidad	01
Impresora de acuerdo con requerimientos del dispositivo	Unidad	01
UPS	Unidad	01

- Mobiliario

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Silla con respaldo y apoya brazos	Unidad	02
Mesa de metal fija	Unidad	01
Silla giratoria	Unidad	01
Negatoscopio	Unidad	01

5.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación a realizar dicho procedimiento. Ver Anexo 2.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. INDICACIONES³

- Confirmación y cuantificación de restricción pulmonar.
- Confirmación y cuantificación de hiperinflación pulmonar y atrapamiento aéreo especialmente en pacientes con disnea desproporcionada al grado de obstrucción por FEV1; o bien, durante la evaluación preoperatoria de cirugía de reducción de volumen.
- Monitorización y vigilancia de enfermedad con fines clínicos o de investigación



6.2. CONTRAINDICACIONES

6.2.1. CONTRAINDICACIONES RELATIVAS⁴:

- Infarto reciente (< 4 semanas)
- Insuficiencia cardíaca descompensada
- Inestabilidad hemodinámica
- Requerimiento continuo de oxígeno suplementario que no se pueda suspender durante la prueba.
- Taquicardia reposo (FC > 130 lpm).
- Cirugía de tórax, abdomen < 4 semanas o cirugía de ojos u oído en < 8 semanas.
- Tuberculosis pulmonar activa.
- Influenza.
- Hemoptisis.
- Aneurismas (grandes arterias, cerebrales).
- Embarazo avanzado o complicado.
- Salud precaria.
- Traqueostomía.
- Sonda pleural.
- Condiciones del paciente que no permitan introducirlo a la cabina, como claustrofobia, parálisis corporal, soluciones parenterales o aditamentos médicos que no puedan introducirse a la cabina del pletismógrafo

6.3. DESCRIPCION DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.

6.3.1. REQUISITOS³

- Evitar tabaquismo 2 horas antes.
- Evitar el uso de prendas restrictivas de tórax, como chalecos, corsés o ropa muy apretada.
- Mantener su medicación de base.
- No se requiere de ayuno para la prueba, pero se recomienda alimentación ligera cuatro horas antes.
- Se debe evitar ejercicio intenso antes de la prueba.
- Es recomendable aplicar un cuestionario breve con antecedente de tabaquismo, exposición a humos o polvos, historia de enfermedades o trauma torácicopulmonar.

EXAMENES PREVIOS

- Prueba Covid-19 según normativas internacionales
- Evaluación previa del Médico Neumólogo



6.3.2. TIEMPO APROXIMADO TOTAL DEL PROCEDIMIENTO:

Nº	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	DURACION
a)	Previo al procedimiento	10 a 40 min
b)	Procedimiento	26 a 46 min
c)	Posterior al procedimiento	05 min
Tiempo Aproximado Total del Procedimiento		41 min a 1 h 31 min

6.3.3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO PARA ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 15 AÑOS (Ver Anexo N°01)

a) Previo al procedimiento^{1,5}

Nº	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACION
1	Preparación del equipo (*) Encendido del equipo y calentamiento del mismo. Ajuste correcto de presión barométrica y temperatura. Calibración diaria de volumen con jeringa de 3 litros. Revisión de resistencia del obturador al cierre y apertura. Revisar alineación de los transductores. Revisar que la puerta del pletismógrafo cierre herméticamente.	Médico Neumólogo	30 min
2	Instrucción del paciente Posición sentada con la cabeza ligeramente levantada. Explicar al paciente el objetivo de la prueba. La frase recomendada es la siguiente: La Pletismografía es una prueba que sirve para medir el tamaño de sus pulmones, No se preocupe por estar dentro de la cabina, usted no sentirá malestar y yo lo estaré vigilando e instruyendo en todo momento. Posición correcta para el uso de la boquilla y filtro. Explicar que las mejillas del paciente	Médico Neumólogo	10 min

Nº	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACION
	deben ser apoyados por las dos mano. Instrucción para respiración normal, respiración jadeante durante la maniobra y maniobra de VC.		
Tiempo aproximado			10 minutos a 40 minutos

***Tiempo requerido caso sea primer pacientes en la lista de atención del turno.**

b) Durante el procedimiento^{3,6}

Nº	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACION
1.	Maniobra de respiración Pletismografía Posición correcta. Cerrar la cabina y esperar a que el paciente se familiarice y se estabilice la temperatura (aproximadamente 1 minuto). Colocación de boquilla con filtro (desechable) y pinza nasal. Permitir varias respiraciones normales (3-10) hasta alcanzar FRC estable. Ocluir de la válvula y esfuerzos respiraciones gentiles (frecuencia de 30-90 por minuto). Se deben obtener una serie de 3 a 5 respiraciones súper impuestas. Cuando se reabre el obturador se realiza maniobra de capacidad vital (CV). Si al paciente se le dificulta realizar inmediatamente la maniobra de CV se le podrá permitir antes realizar respiraciones normales). Maniobra de Volumen de reserva espiratoria (ERV). Seguida de inspiración máxima y espiración relajada y completa. Maniobra de Capacidad inspiratoria (IC) inspiración máxima seguida de espiración relajada y completa. Obtener al menos 3 maniobras aceptables de TGV y VC.	Médico Neumólogo.	20 min a 40 min Según colaboración de paciente.



N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACION
2	Revisar criterios de aceptabilidad y repetibilidad Criterios de aceptabilidad de las maniobras respiratorias - La TGV o capacidad residual funcional pletismográfica-(FRCpleth) se mide en a nivel estable. - Los dos extremos de la FRCpleth son visibles en la gráfica. - La frecuencia respiratoria de 30-90 por minuto. - La curva de la maniobra de TGV (FRCpleth) tiene histéresis mínima. - La pendiente de la línea de medición es paralela a la curva de TGV. - Maniobra de CV es relajada con criterio de terminación, meseta de 1segundo al final de la espiración. - Se tienen 3 maniobras aceptables de TGV (FRCpleth).	Médico Neumólogo.	1 min
3	Repetibilidad de la prueba Varianza menor al 5%entre las maniobras aceptables de TGV (FRCpleth). (TGV mayor – TGV menor) / TGV promedio La CV debe ser repetible dentro de 150 ml.	Médico Neumólogo.	1 min
4	Reporte de Pletismografía Se reporta el promedio de las 3 maniobras aceptables para FRCpleth, IC y ERV. Se reporta el mayor valor de CV. Se reporta el RV como la TLC menos el mayor valor de VC.	Médico Neumólogo.	2 min
Tiempo aproximado			26 a 46 minutos



c) Posterior al procedimiento

N°	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DURACION
1	Realizar informe de los resultados. Ver ANEXO 3 y 4.	Médico Neumólogo.	05 min
TIEMPO APROXIMADO			05 Min

6.4. COMPLICACIONES^{3,8,9}

No se ha descrito complicaciones relacionadas directamente con la aplicación de esta técnica. Los efectos secundarios más frecuentes, en el caso que se indique uso de medicación post-broncodilatador como el uso de los agonistas beta-2 adrenérgicos, serían el temblor y las palpitaciones y en el caso de los anticolinérgicos, el efecto secundario más frecuente es la sequedad de boca.

VII. RECOMENDACIONES^{3,8,9}

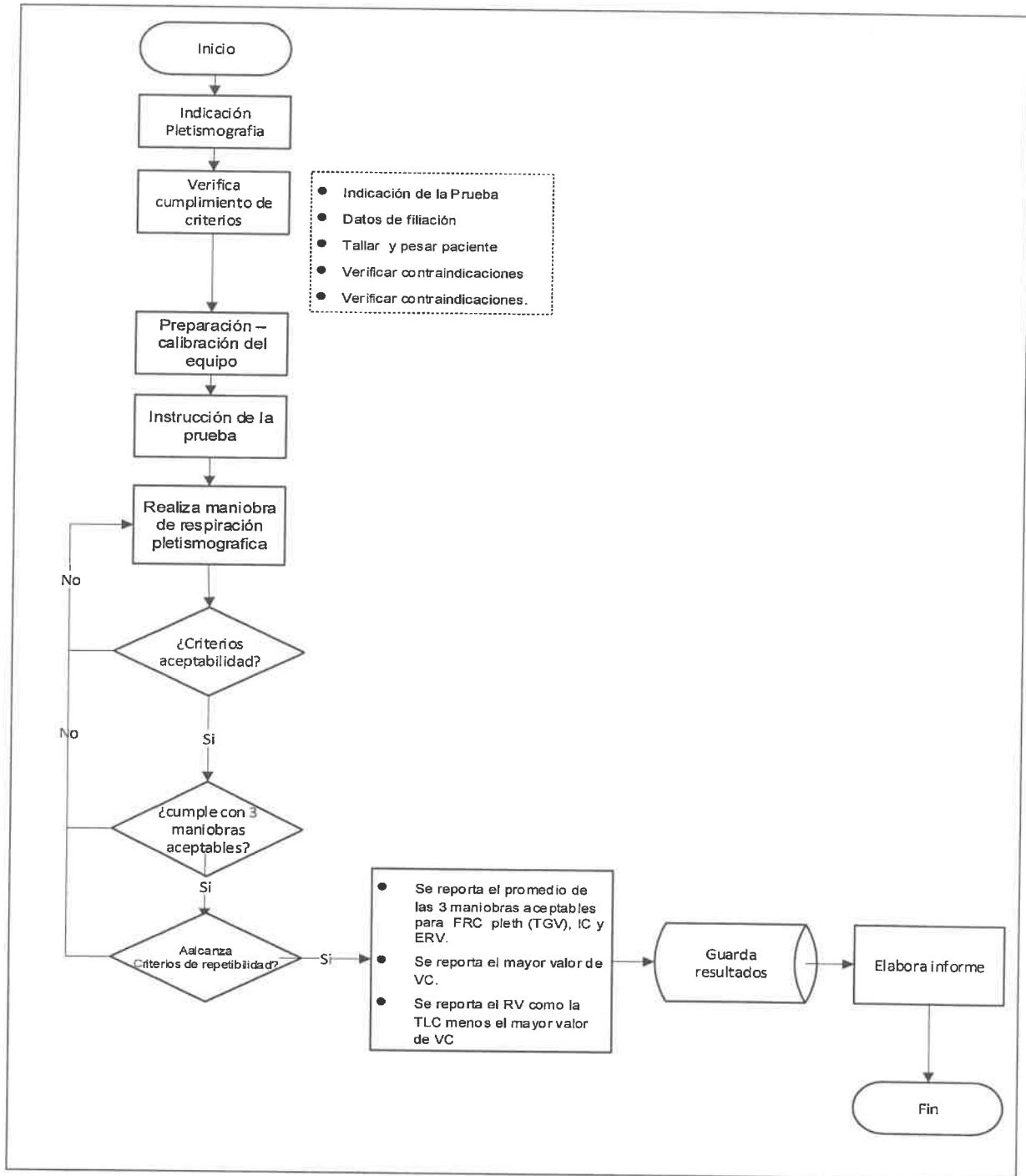
El equipo de elaborador de la guía recomienda al paciente mantenerse en reposo hasta culminación de la prueba de función pulmonar.

VIII. ANEXOS

- **ANEXO N°01:** Flujogramas de procedimiento de Pletismografía
- **ANEXO N°02:** Formato consentimiento informado
- **ANEXO N°03:** Algoritmo para la interpretación de volúmenes pulmonares.
- **ANEXO N°04:** Reporte de pruebas funcionales
- **ANEXO N°05:** Formato de adherencia al procedimiento para la supervisión del jefe de servicio
- **ANEXO N°06:** Indicadores
- **ANEXO N°07:** Declaración de conflictos de interés



ANEXO N°01: FLUJOGRAMA /ALGORITMO MANIOBRA- PLETISMOGRAFICA



ANEXO N°02: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Dos de MayoDepartamento de
Especialidades Médicas

Servicio de Neumología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- I. DATOS PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registra datos según corresponda.

Fecha: ____ / ____ /20 ____ ; Hora: ____ : ____ Hs.	N° de Historia Clínica:
Nombres y Apellidos del Paciente:	
de..... años de edad,	
Registrar si tiene alguna incapacidad - discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?:	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR

- II. INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE/ PADRE/MADRE/ APODERADO / REPRESENTANTE: LEGAL / APOYO / SALVAGUARDA, quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración de autorización, con su firma y huella.

Yo.....

de..... años de edad, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° ,
Y, en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA y en mi calidad de:

Paciente () / Padre/madre () / Apoderado () / Representante: Legal () / Apoyo () / Salvaguarda (). Describa si tiene algún tipo de Parentesco:

En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad (), incapacidad / Discapacidad: Física () , Discapacidad Mental () ¿cuál?:

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud:

DECLARO:

Que el/la Dr. (a).me ha brindado información para la realización del procedimiento indicado, y he comprendido lo siguiente:

a) INFORMACION GENERAL:

Tengo el diagnóstico de

b) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Esta prueba permite medir la cantidad de aire que usted exhala de sus pulmones, estimando el tamaño de ellos y si hubiera alguna obstrucción en las vías respiratorias.	Esta prueba permite confirmar el tamaño de sus pulmones y además evalúa el atrapamiento de aire en sus pulmones.	Esta prueba permite evaluar el funcionamiento de los pulmones a través de la inhalación de oxígeno	Esta prueba permite evaluar las vías respiratorias que conducen el aire a los pulmones.

c) TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión	Oscilometría de
------------------	--------------------	---------------	-----------------



		monóxido ()	impulso ()
De 35 min a 50 min	40min a 1h 30 min	30 min a 50 min	1 hora

d) RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Son pocos frecuentes como acceso de tos broncoespasmo, dolor en el pecho, mareos y muy raro puede presentar pérdida transitoria de la conciencia.	No existe riesgo y complicaciones propias de la técnica.	En paciente con enfermedades con daño pulmonar avanzado puede presentar: fatiga, disnea o desaturación propias del estado de paciente.	No existe riesgo y complicaciones propias de la técnica.

e) EFECTOS ADVERSOS

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son: temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.	En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son : temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.	La inhalación de la mezcla de gases utilizada para la prueba; no genera efectos adversos.	En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son: temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.

f) PRONÓSTICO

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Bueno.	Bueno.	Bueno.	Bueno.

g) RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Reposo hasta recuperación.			

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) realizar la prueba como parte de mi evaluación médica.

Lima, de del 20.....

Firma del Paciente () / Padre/madre () /
Apoderado () / Representante: Legal () / Apoyo ()
/ Salvaguarda ()

Huella digital

Nombre:
DNI:

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:
CMP: RNE:





PERU

Ministerio
de SaludHospital Nacional
Dos de MayoDepartamento de
Especialidades
Médicas

Servicio de Neumología

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. DATOS PACIENTE: Instrucciones; Médico informar al Paciente /Padre /apoderado y/o representante legal sobre el procedimiento, y deberá de registrar los datos según corresponda.

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

..... de..... años de edad,
Registrar si tiene alguna incapacidad - discapacidad:

Física () Mental (), ¿cuál?:.....

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:

PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR en:

Espirometría ()

Pletismografía ()

Test difusión monóxido() Oscilometría de impulso ()

II. INFORMACIÓN PACIENTE: Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE /PADRE/MADRE/ APODERADO Y/O REPRESENTANTE: LEGAL /APOYO / SALVAGUARDA, quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración de autorización, con su firma y huella.

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

Paciente () / Padre/madre() / Apoderado() /Representante: Legal() /Apoyo() /Salvaguarda().

Describa si tiene algún tipo de Parentesco:

En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad (),
incapacidad / Discapacidad: Física () , Discapacidad Mental () ¿cuál?:

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud.

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (....) /Revocación (....) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Huella digital

Firma del Paciente () / Padre/madre() /
Apoderado() /Representante: Legal()
/Apoyo() /Salvaguarda().

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP: RNE:

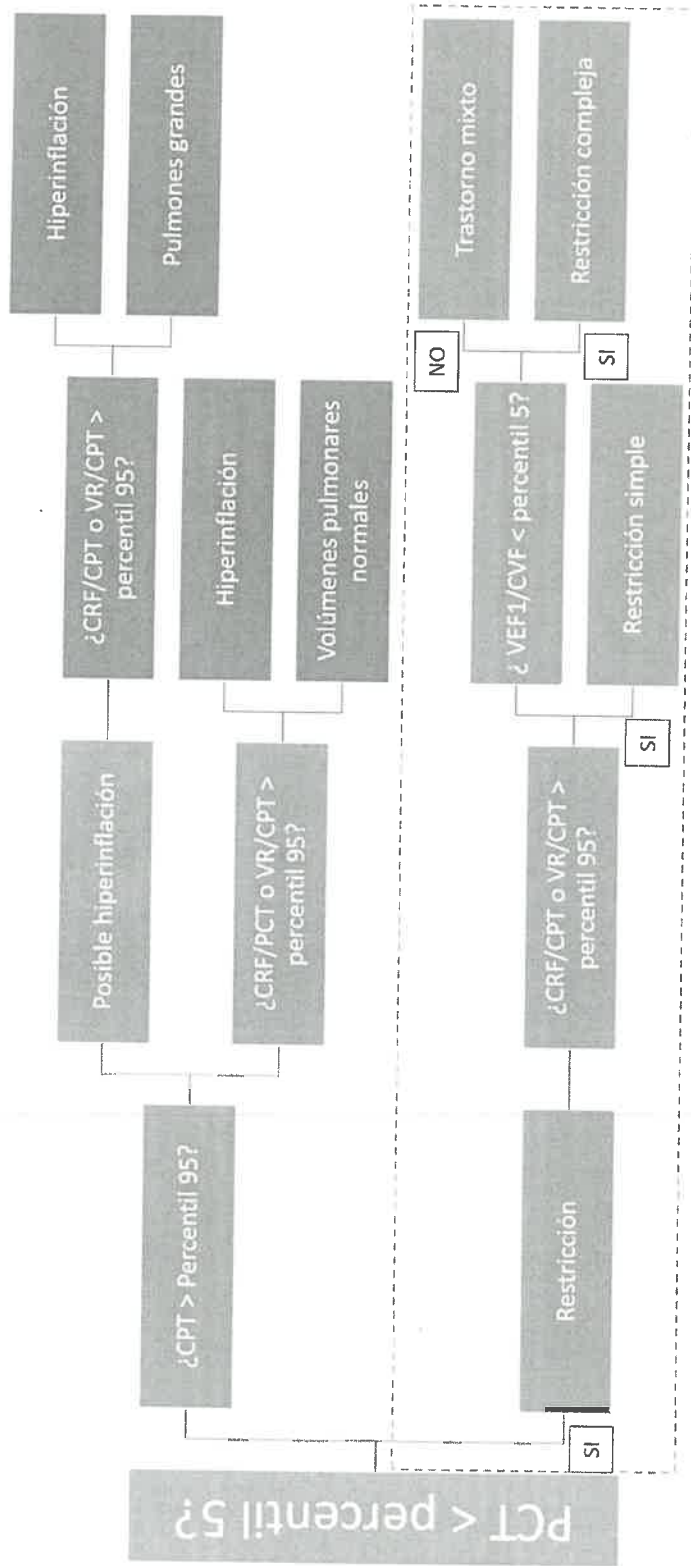
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

14



ANEXO 3. ALGORITMO PARA LA INTERPRETACIÓN DE VOLÚMENES PULMONARES – PLETISMOGRAFÍA.

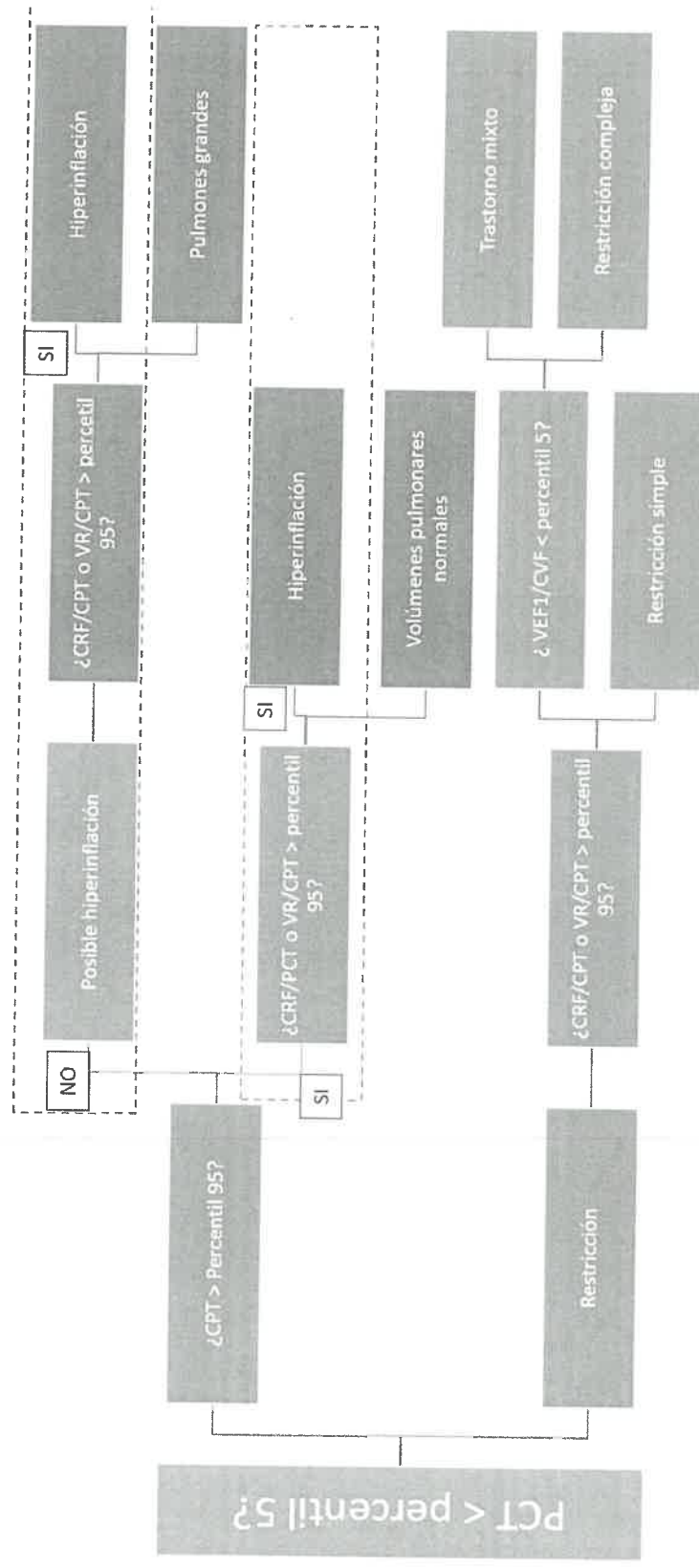
A) INTERPRETACIÓN EN RESTRICCIÓN PULMONAR Y TRASTORNO MIXTO



1. Primero visualizar la CPT
2. Determine si hay restricción en función de la CPT, si es **menor** del percentil 5.
- 2.1. Posteriormente visualice la CRF/CPT o VR/CPT. Si es **MENOR** al percentil 95 indicara **restricción simple**
- 2.2 Posteriormente visualice la CRF/CPT o VR/CPT. Si es **MAYOR** al percentil 95 visualice el VEF1/CVF
- 2.2.1 Si el VEF1/CVF, es **MENOR** al percentil 5, indica **restricción compleja**
- 2.2.2 Si el VEF1/CVF, es **MAYOR** al percentil 5, indica un **trastorno mixto**

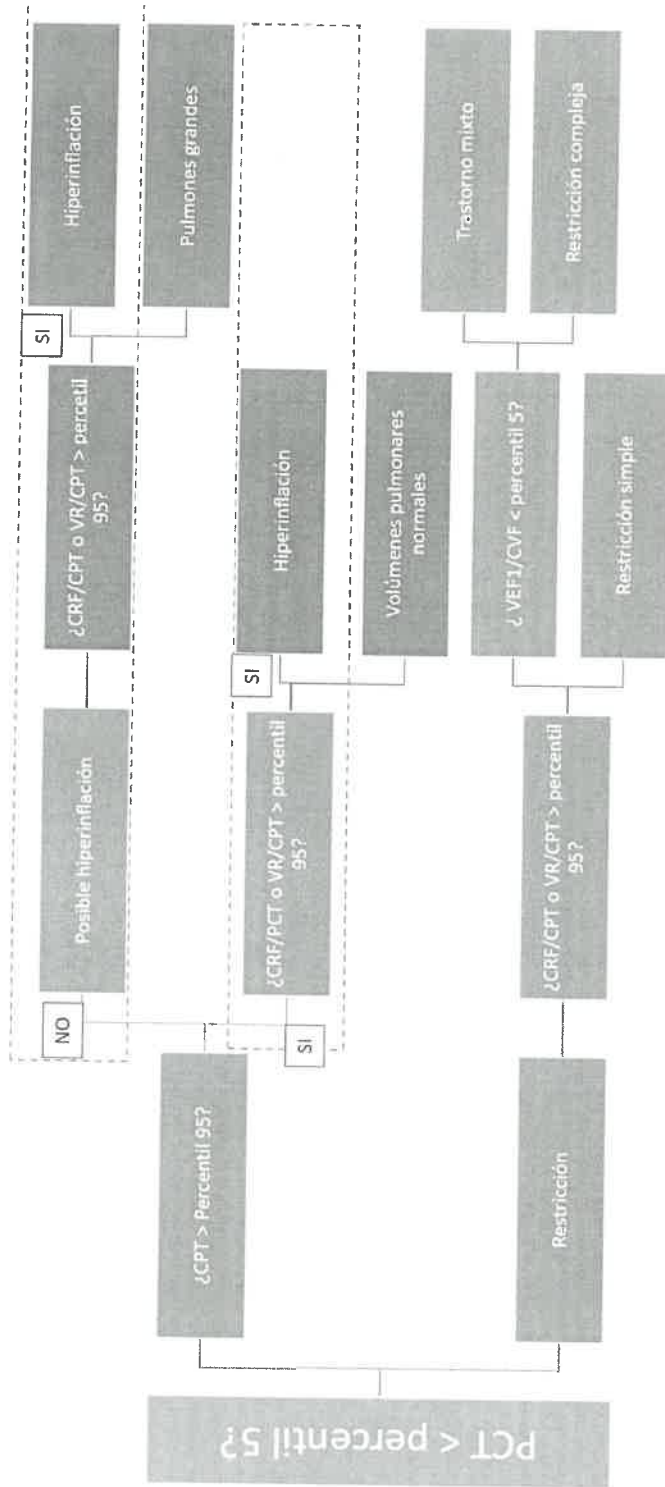


B) INTERPRETACIÓN EN HIPERINFLACIÓN O ATRAPAMIENTO AÉREO⁷



1. Primero visualizar la CPT
2. Determine si hay posible atrapamiento aéreo en función de la CPT, si es **mayor** del percentil 5.
 - 2.1. Posteriormente visualice la CPT, si es **mayor** al percentil 95 indicara posible atrapamiento aéreo.
 - 2.1.1 Para confirmar visualice la CRF/CPT o VR/CPT si es mayor al percentil 95, se confirma atrapamiento aéreo
 - 2.2 Posteriormente visualice la CPT, si es **menor** al percentil 95, visualice la CRF/CPT o VR/CPT si es mayor al percentil 95, indicara atrapamiento aéreo

C) INTERPRETACIÓN EN VOLÚMENES PULMONARES NORMALES O AUMENTADOS⁷



1. Primero visualizar la CPT
2. Descarte si hay atrapamiento aéreo en función de la interpretación en atrapamiento aéreo.
 - 2.1. Si la CPT está por encima del percentil >95 y la CRF/TLC o VR/TLC es **menor** al percentil 95 indicara pulmones grandes.
 - 2.2 Si la CPT está por encima del percentil <95 y la CRF/TLC o VR/TLC es **menor** al percentil 95 indicara pulmones normales.

ANEXO N°04: REPORTE DE PRUEBAS FUNCIONALES



	PERU	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Departamento de Especialidades Medicas
---	-------------	----------------------------	--	---

Servicio de Neumología

N° Informe

REPORTE DE PRUEBAS FUNCIONALES

Nombres y Apellidos de PACIENTE:						N.º de Historia Clínica:
Fecha de Nac.: / /	SEXO: M (..) F (..)	EDAD:	Talla:	PESO: Kg	IMC:	DNI () / CE () otros..... Nº

*Instrucciones: Registrar la información solicitada de acuerdo al tipo de prueba.***HALLAZGOS:**

Espirometría forzada:	SI	NO
Espirometría lenta – capacidad vital	SI	NO
Test de difusión de monóxido de carbono	SI	NO
Pletismografía corporal	SI	NO
Oscilometría de impulso	SI	NO
Presiones respiratorias máximas	SI	NO

Fecha de Informe::	
Hora de informe:	

CMP: RNE:
Sello y firma del médico especialista



ANEXO N°05: FORMATO DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA LA SUPERVISIÓN DEL JEFE DE SERVICIO*

	PERU	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES
---	-------------	---------------------	---------------------------------	---

N° Historia Clínica:			
Departamento::		Servicio:	
Profesional que evalúa:			
Procedimiento Evaluado		CPMS	
Fecha del Procedimiento	/...../20...	Fecha de evaluación	

CRITERIOS SEGÚN GUIA DE PROCEDIMIENTOS		CUMPLIMIENTO		NO APLICA	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1.	Registro de los Datos del Paciente				
2.	Motivo de Intervención				
3.	Consentimiento Informado				
4.	Instrucción del procedimiento				
5.	Verificar aceptabilidad de las maniobras				
6.	Verificar repetibilidad de las maniobras				
7.	Verificar respuesta al broncodilatador				
8.	Monitoreo de complicaciones				
9.	Indicaciones Post Procedimiento				
10.	Firma y Sello del Médico Asistente				

Instructivo: Registrar la suma de cada ítem y porcentaje de cumplimiento de la adherencia.

CRITERIOS EVALUADOS	
CRITERIOS CUMPLIDOS	
% CRITERIOS CUMPLIDOS	

FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR

*no es parte de la historia clínica.

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

18



ANEXO N° 06 INDICADORES

1. **Número de procedimientos por mes**

Número de procedimientos con adherencia mayor al 90%

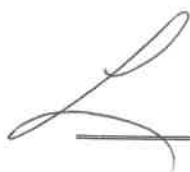
2. **Número de procedimientos por mes**

Número de procedimientos complicados por mes

ANEXO N° 07 DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

19



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Wanger J, Clausen JL, Coates A, et al. Standardisation of the measurement of lung volumes. *Eur Respir J*. Sep 2005;26(3):511-22. doi:10.1183/09031936.05.00035005
2. Sylvester KP, Clayton N, Cliff I, et al. ARTP statement on pulmonary function testing 2020. *BMJ Open Respir Res*. Jul 2020;7(1)doi:10.1136/bmjresp-2020-000575
3. Guerrero-Zúñiga S V-GJ, Gochicoa-Rangel L, et al. . Pletismografía corporal: recomendaciones y procedimiento. *Neumol Cir Torax*. 2019;78 (Suppl 2):113-123. doi:10.35366/NTS192D
4. de Mir Messa I, Sardón Prado O, Larramona H, Salcedo Posadas A, Villa Asensi JR. Pletismografía corporal (I): estandarización y criterios de calidad. 10.1016/j.anpedi.2014.10.029. *Anales de Pediatría*. 2015;83(2):136.e1-136.e7. doi:10.1016/j.anpedi.2014.10.029
5. Swen H, Amara K, Liya H, Martin H, Torsten N, Christian D. Whole-body plethysmography revisited. *bioRxiv*. 2021:2021.02.24.432470. doi:10.1101/2021.02.24.432470
6. Criée CP, Soricther S, Smith HJ, et al. Body plethysmography – Its principles and clinical use. *Respiratory Medicine*. 2011/07/01/ 2011;105(7):959- 971. doi:https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.02.006
7. Bhakta NR, M. A. (2023). European Respiratory Society/ American Thoracic Society Technical Standrad on Standardisation of the Measurement of Lung Volumes. *European Respiratory Journal*.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

- I. **DATOS PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registra datos según corresponda.

Fecha: ____ / ____ /20 ____ ; Hora: ____ : ____ Hs.	N° de Historia Clínica:
Nombres y Apellidos del Paciente:	
de..... años de edad,	
Registrar si tiene alguna incapacidad - discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?:	
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR

- II. **INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE/ PADRE/MADRE/ APODERADO / REPRESENTANTE: LEGAL / APOYO / SALVAGUARDA, quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración de autorización, con su firma y huella.

Yo.....

de..... años de edad, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°

Y, en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA y en mi calidad de:

Paciente () / Padre/madre() / Apoderado() / Representante: Legal() / Apoyo() / Salvaguarda(). Describa si tiene algún tipo de Parentesco:

En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad (), incapacidad / Discapacidad: Física (), Discapacidad Mental () ¿cuál?:

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud:

DECLARO:

Que el/la Dr. (a).me ha brindado información para la realización del procedimiento indicado, y he comprendido lo siguiente:

a) INFORMACION GENERAL:

Tengo el diagnóstico de

b) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Esta prueba permite medir la cantidad de aire que usted exhala de sus pulmones, estimando el tamaño de ellos y si hubiera alguna obstrucción en las vías respiratorias.	Esta prueba permite confirmar el tamaño de sus pulmones y además evalúa el atrapamiento de aire en sus pulmones.	Esta prueba permite evaluar el funcionamiento de los pulmones a través de la inhalación de oxígeno	Esta prueba permite evaluar las vías respiratorias que conducen el aire a los pulmones.

c) TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
De 35 min a 50 min	40min a 1h 30 min	30 min a 50 min	1 hora

d) RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Son pocos frecuentes como acceso de tos broncoespasmo, dolor en el pecho, mareos y muy raro puede presentar perdida transitoria de la conciencia.	No existe riesgo y complicaciones propias de la técnica.	En paciente con enfermedades con daño pulmonar avanzado puede presentar: fatiga, disnea o desaturación propias del estado de paciente.	No existe riesgo y complicaciones propias de la técnica.

e) EFECTOS ADVERSOS

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son: temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.	En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son : temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.	La inhalación de la mezcla de gases utilizada para la prueba; no genera efectos adversos.	En caso que se solicite la inhalación de broncodilatadores, los efectos adversos más frecuente son: temblor en manos y palpitaciones en caso del uso salbutamol; y sequedad de boca con el uso del bromuro de ipratropio.

f) PRONÓSTICO

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Bueno.	Bueno.	Bueno.	Bueno.

g) RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Espirometría ()	Pletismografía ()	Test difusión monóxido ()	Oscilometría de impulso ()
Reposo hasta recuperación.			

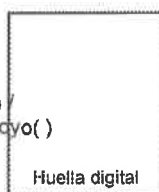
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

Sí (...), NO (...)realizar la prueba como parte de mi evaluación médica.

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente () / Padre/madre ()
Apoderado () /Representante: Legal () /Apoyo ()
/Salvaguarda ().

Nombre:
DNI:



Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:
CMP: RNE:

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

- I. **DATOS PACIENTE:** Instrucciones; Médico informar al Paciente /Padre /apoderado y/o representante legal sobre el procedimiento, y deberá de registrar los datos según corresponda.

Fecha: ____/____/20____ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:
 Nombres y Apellidos del Paciente:

..... de..... años de edad,

Registrar si tiene alguna incapacidad - discapacidad:

Física () Mental (), ¿cuál?:.....

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR en:
	Espirometría() Pletismografía ()
	Test difusión monóxido() Oscilometría de impulso ()

- II. **INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE /PADRE/MADRE/ APODERADO Y/O REPRESENTANTE: LEGAL /APOYO / SALVAGUARDA, quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración de autorización, con su firma y huella.

Yo.....
de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°
Paciente () / Padre/madre() / Apoderado() /Representante: Legal() /Apoyo() /Salvaguarda().
Describa si tiene algún tipo de Parentesco:
En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad (), incapacidad / Discapacidad: Física () , Discapacidad Mental () ¿cuál?:
y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud. Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi <u>Denegación (....)</u> / <u>Revocación (....)</u> para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente () / Padre/madre() / Apoderado() /Representante: Legal() /Apoyo() /Salvaguarda().



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP: RNE:.....

REPORTE DE PRUEBAS FUNCIONALES

Nombres y Apellidos de PACIENTE :						N.º de Historia Clínica:
Fecha de Nac.: / /	SEXO: M (..) F (..)	EDAD:	Talla:	PESO: Kg	IMC:	DNI () / CE () otros..... Nº

Instrucciones: Registrar la información solicitada de acuerdo al tipo de prueba.

HALLAZGOS:

Espirometría forzada:	SI	NO
Espirometría lenta – capacidad vital	SI	NO
Test de difusión de monóxido de carbono	SI	NO
Pletismografía corporal	SI	NO
Oscilometría de impulso	SI	NO
Presiones respiratorias máximas	SI	NO

Fecha de Informe::	
Hora de informe:	

CMP: **RNE:**
Sello y firma del médico especialista