



Información vital del paciente para el personal médico

para usarse junto con

**Tratamiento de pacientes con daño neuromuscular que usan ventiladores en el hogar:
asuntos críticos**

MI INFORMACIÓN

Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Identificación de alerta médico # _____

Nombre de la compañía _____

Teléfono de la compañía _____

Condición neuromuscular _____ edad de instalación _____

Si hubo intervención traqueal, edad cuando ocurrió _____

Si usa ventilador no invasivo, edad cuando comenzó _____

La asistencia ventilatoria se necesita _____ hr/día y _____ hr/noche, o _____

Si hay escoliosis, grado de curvatura _____

Institución de salud de preferencia cuando está estable _____

¡Importante! Mi(s) cuidador(es) y yo somos extremadamente conocedores de mi condición, necesidades de tratamiento y equipo. Por favor trabajen junto con nosotros.

Autorización para hablar con mi(s) cuidador(es)

Necesito que la(s) persona(s) que me cuida(n) esté(n) conmigo durante todo mi tratamiento y **autorizo a ustedes a consultar con mi(s) cuidador(es)** (*familia, amigos o personal de salud en el hogar*) *sin restricciones de privacidad o margen de tiempo.*

Nombre del cuidador _____ Teléfono _____

Nombre del cuidador _____ Teléfono _____

Nombre del cuidador _____ Teléfono _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Forma de comunicación

Verbal

Por dispositivo para hablar

Con una campana

Por escrito

A través de mi cuidador

Otra _____

¡Importante!

Yo uso ventilación no invasiva. Si se propone intubación o traqueostomía, por favor consúltenme o consulten a mi cuidador y a mi médico que está en la lista de la sección "Mis profesionales de la salud".

Tengo traqueostomía. Es crucial que me consulten en relación con los detalles de mi rutina.

Paciente _____

MIS PROFESIONALES DE LA SALUD

Tienen mi autorización para contactar, en cualquier momento, a estos profesionales de la salud, quienes están de acuerdo en que se les consulte.

MÉDICO #1

Nombre _____ Especialidad _____

Comentarios _____

Firma _____ Teléfono _____ Fecha _____

MÉDICO #2

Nombre _____ Especialidad _____

Comentarios _____

Firma _____ Teléfono _____ Fecha _____

MÉDICO #3

Nombre _____ Especialidad _____

Comentarios _____

Firma _____ Teléfono _____ Fecha _____

Técnico de cuidado respiratorio (RCP, por sus siglas en inglés) –

Por favor dirijanse al RCP hospitalario para consultar con este RCP.

Nombre _____ Teléfono _____

Compañía de salud en el hogar _____ Teléfono _____

Instrucciones : _____

Firma _____ Fecha _____

Para saber los nombres de especialistas adicionales disponibles a quienes se les puede consultar sobre pacientes con daño neuromuscular que usen ventiladores, vea la última página de este documento o vaya a la dirección de internet:

www.ventusers.org/net/ventDIR.pdf.

MIS TRATAMIENTO

OXÍGENO: Requiero oxígeno suplementario Nunca Siempre Por ratos

¡Precaución! ¡Administrar oxígeno puede tener peligrosas consecuencias!

El oxígeno que se usa solo puede enmascarar o acelerar la insuficiencia respiratoria aguda en pacientes con daño neuromuscular.

La respuesta ante baja concentraciones de oxígeno debe ser aumentar el apoyo ventilatorio y el manejo de las secreciones, NO simplemente administrar oxígeno.

Administrenme oxígeno SOLAMENTE si se satisfacen todas estas cuatro condiciones.

- Si tengo una condición pulmonar adicional como neumonía EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o embolia pulmonar **y**
- Si mi saturación de O₂ está por abajo de 90% **y**
- Si el manejo de las secreciones con, por ejemplo, CoughAssist[®] o depósito de aire, no ha logrado mejorar las cifras de saturación **y**
- Si mi equipo de ventilación mecánica está colocado con seguridad..

Etonces administrenme solamente bajas concentraciones de oxígeno y vigilen las concentraciones de CO₂. La oximetría y la concentración de bióxido de carbono al final de una espiración normal (EtCO₂) están en condiciones preferentes y adecuadas para su cuantificación.

Paciente _____

ANESTESIA/SEDACIÓN

Debo recibir ventilación antes de que me administren medicamentos para sedación o control del dolor. Sí No

Puedo tolerar _____

He tenido reacciones negativas a _____

¡Precaución! ¡Todo lo que deprima el estímulo respiratorio se debe usar con extrema precaución..

Véase Tratamiento de pacientes con daño neuromuscular que usan ventiladores en el hogar: asuntos críticos.

MIS ALERGIAS _____

MIS SIGNOS VITALES TÍPICOS (Estos pueden cambiar durante la ventilación y el cambio de posición.)

Presión sanguínea _____ Capacidad vital sentado _____ %N ____ Saturación de oxígeno _____

Temperatura _____ Capacidad vital en posición supine _____ %N ____

Concentración de bióxido de carbono _____

Flujo máximo de tos (PCF, por sus siglas en inglés) _____

Otro _____

MI POSICIÓN

Sin asistencia ventilatoria estoy en riesgo de muerte en estas posiciones _____

Mis mejores posiciones son _____

MI EQUIPO

Prefiero usar el equipo de mi hogar (si es aplicable, se anexa la pre-aprobación del hospital). Si el uso del dispositivo del hogar no es factible, el equivalente hospitalario es la segunda mejor opción.

PARA VENTILACIÓN

Requiero asistencia respiratoria por _____ horas/día y _____ horas/noche, u

Otro _____

Mis máquinas de respiración/ventiladores incluyen

#1 Tipo y modelo _____

Fabricante _____

Disposición

Modo Control de asistencia Apoyo de presión Ventilación obligatoria intermitente sincronizada (SIMV) (combinación)

Tiempo de inspiración _____ Esfuerzo respiratorio (frecuencia por minuto) _____

Presión positiva al final de la espiración (PEEP) _____ Sensibilidad _____

Limite de presión baja _____ Limite de presión alta _____

Alarma: Alto _____ Bajo _____ Volumen corriente _____

Frecuencia _____ Presión aérea positiva inspiratoria (IPAP) _____

Presión aérea positiva espiratoria (EPAP) _____

Otros _____

Paciente _____

#2 Typo y modelo _____

Fabricante _____

Disposición

Modo Control de asistencia Apoyo de presión Ventilación obligatoria intermitente sincronizada (SIMV) (combinación)

Tiempo de inspiración _____ Esfuerzo respiratorio (frecuencia por minuto) _____

Presión positiva al final de la espiración (PEEP) _____ Sensibilidad _____

Limite de presión baja _____ Limite de presión alta _____

Alarma: Alto _____ Bajo _____ Volumen corriente _____

Frecuencia _____ Presión aérea positive inspiratoria (IPAP) _____

Presión aérea positive espiratoria (EPAP) _____

Otros _____

MI(S) INTERFASE(S) de acceso a mi máquina de respiración/ventilador incluyen

Mascarilla nasal Almohadillas nasales Tubo endotraqueal (Véanse detalles a continuación.)

Mascarilla facial Pieza bucal Mascarilla hecha para el paciente

Modelo _____ Tamaño _____ Fabricante _____

Modelo _____ Tamaño _____ Fabricante _____

Modelo _____ Tamaño _____ Fabricante _____

Tubo endotraqueal, detalles

¿Fenestrado? Si No

¿Con manguito? Si No Si la respuesta es "si", la insuflación es: Día a _____ cc
Noche a _____ cc

PARA HUMIDIFICACIÓN, yo utilizo _____

PARA MANEJO DE SECRECIONES, los métodos más efectivos para mí son

CoughAssist® – Inhalación _____ Exhalación _____ # Respiraciones _____

Succión – Profundidad _____ Frecuencia _____ Tamaño del catéter _____

Drenaje postural – Método _____

Con bolsa _____

Percusor – Ubicaciones _____ Veces/Minutos _____

PARA ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN, yo utilize _____

MI RUTINA INTESTINAL es _____

Paciente _____

MI MEDICAMENTOS ACTUALES

NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO	Dosificación y Frecuencia	PROPÓSITO	¿Cuándo comenzó ?	¿Cuánto tiempo lo ha usado?	INSTRUCCIONES ESPECIALES

Este document pertenece a

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Pais _____

Correo electrónico _____ Teléfono _____ Fax _____

He leído y aprobado el contenido de este documento.

Firma del usuario del ventilador _____ Fecha _____

Firma de testigo _____ Fecha _____

Colaboradores que incluyen especialistas disponibles para consulta

Brenda Jo Butka, MD

Respiratory Care, Pulmonology
Vanderbilt Stallworth Rehabilitation Hospital
Nashville, Tennessee
615-963-4488, 615-963-4002 fax
brenda.butka@vanderbilt.edu

Helen A. Kent, RRT, BS

Progressive Medical
Carlsbad, California
800-491-2292, 760-448-4448, 760-448-4449 fax
hkent@progressivemed.org
www.progressivemed.org

Noah Lechtzin, MD, MHS, FCCP

Pulmonary & Critical Care Medicine
Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland
410-502-7044, 410-502-7048 fax
nlechtz@jhmi.edu

Lou Saporito, RRT, BS

Millennium Respiratory Services
Whippany, New Jersey
800-269-9436, 973-463-1880
saporilr@umdnj.edu

Augusta S. Alba, MD, Retired

Consultant, Rehabilitation Medicine
Coler Goldwater Specialty Hospital and Nursing Facility
Roosevelt Island, New York

Linda L. Bieniek, La Grange, Illinois

Mary Ann and William (deceased) Buckingham, Worth, Illinois

Jason Hallgren, Coatesville, Pennsylvania

Valerie and Richard Parrish, Plainfield, Illinois

Carol Wallace, Austin, Texas

Christamae Zimpel, Ceres, California

Preparado por

IVUN
International Ventilator Users Network
An affiliate of Post-Polio Health International (PHI)

Financiado por

 Paralysis Resource Center
Christopher and
Dana Reeve Foundation