

FECHA:

HORA:

Nombre del Paciente: _____ DI: _____

Acudiente / Representante legal: _____ DI: _____

Parentesco: _____ Contacto: _____

Nombre del Profesional que solicita el procedimiento: _____

Dentro de los lineamientos legales para el ejercicio de la profesión de Terapia Respiratoria en Colombia, se establece la Ley 1240 de 2008. “por la cual se reglamenta la profesión de terapia respiratoria y se dictan normas para su ejercicio en Colombia”,

Se le informa al usuario y/o acudiente según su diagnóstico: _____

La intervención en terapia respiratoria en su tratamiento puede realizarse mediante diferentes técnicas y procedimientos a criterio profesional y teniendo en cuenta los objetivos que se basaran en la valoración integral del paciente, con el uso de conductas propias de terapia respiratoria tales como: drenaje postural, lavado nasal, aceleración de flujo, succión abierta con técnica estéril, o succión cerrada para manejo de traqueotomía, aerosol terapia e inhaloterapia para la administración de medicamentos ajustados a las necesidades del paciente y de acuerdo a la prescripción médica, decanulación de caulas de traqueotomía, reeducación y fortalecimiento de músculos respiratorios, administración de oxigenoterapia y técnicas manuales como: movilizaciones pasivas, activo-asistidas, estabilización articular de la musculatura respiratoria.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	RIESGOS	BENEFICIOS
Drenaje postural	Cambio de posiciones en las cuales se coloca al paciente buscando la disposición del bronquio sobre el plano de la tráquea, para que con la ayuda de la gravedad las secreciones sean drenadas de la periferia al bronquio y luego del bronquio a la tráquea, para facilitar su eliminación	Hipotensión ortostática, aumento de la presión intracraneal	Movilizar secreciones por medio de la gravedad usando la disposición anatómica. Mejorar la relación ventilación - perfusión. Prevenir y aliviar zonas de contractura muscular donde el pulmón tiene disminuida la expansibilidad. Evitar el impacto o formación de tapones mucosos. Reducir el número de complicaciones de la vía aérea manteniendo la permeabilidad. Evitar éxtasis venosos, sirve para efectuar el resto de maniobras logrando mayor eficiencia.

Succión abierta con técnica estéril, o succión cerrada	Introducir la sonda de succión por vía aérea fisiológica o artificial, y realizar una aspiración intermitente con movimientos suaves de ligera rotación mientras se va retirando la sonda. Esta maniobra no debe superar los 8 o 10 segundos y nunca se introducirá la sonda aspirando. Repitiendo cuantas veces sea necesario.	Sangrado, hiperemia alrededor de la traqueotomía	Optimizar permeabilidad de vía aérea incluyendo cavidad nasofaríngea, orofaríngea y vía aérea artificial (traqueotomía)
Aerosolterapia e inhaloterapia	Tratamiento médico a base de aerosol que se utiliza en las vías respiratorias para administración de un fármaco que puede ser polvo o líquido.	Aumento de frecuencia cardiaca por uso de medicamentos beta-adrenérgicos	Hidratar las secreciones secas, mejorar la función del escalador mucociliar, aumento del reflejo de tos, aliviar la inflamación.
Reeducación y fortalecimiento de músculos respiratorios	Ejercicios terapéuticos respiratorios que se realizan con el objetivo de aumento, mejora de fuerza o resistencia aeróbica y de la musculatura intrínseca en la respiración	Presencia de disnea	Prevenir, corregir y tratar anomalías a nivel del sistema respiratorio, buscando mejorar la movilidad articular de la caja torácica, mejorar la distribución de la ventilación, prevenir acumulación de secreciones, fortalecer los músculos respiratorios, mejorar la eficacia del patrón respiratorio y la expansión torácica, evitar la rigidez y aumentar la tolerancia cardiovascular al ejercicio
Administración de oxigenoterapia	Administración de oxígeno mediante los sistemas de oxigenoterapia, tanto de bajo como de alto flujo	Toxicidad por oxígeno	Conseguir un intercambio gaseoso adecuado
Decanulación - Cambio de cánula traqueal	Retiro de cánula de traqueotomía. Retiro de cánula por una cánula nueva a requerimiento del paciente frente a objetivo terapéutico	Presencia de sangrado o hemorragia, presencia de estenosis inmediata o tardía, presencia de signos de dificultad respiratoria, fistula traqueal de riesgo.	Mejorar la mecánica deglutoria y ventilatoria, disminución de riesgo de bronco aspiración, fistula a largo plazo, traqueítis

Con las intervenciones se espera proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado, evitar complicaciones respiratorias por acumulación de secreciones, optimizando una vía aérea permeable, facilitando la ventilación, optimizando la respiración espontánea, mejorar resistencia y capacidad aeróbica, de igual manera mantener la permeabilidad de boca, nariz y faringe del paciente. También es importante integrar al familiar o cuidador en el proceso de salud enfermedad y hacerlo parte fundamental de la recuperación funcional de paciente.

Los riesgos más frecuentes de la intervención de fisioterapia son: cambios hemodinámicos durante las técnicas de higiene bronquial, irritación o laceración de las fosas nasales por el paso de oxígeno, irritación o sangrado de la ostomía por drenaje de secreción producidas por el paciente, laceración en zona de fijación de la traqueotomía, reacción adversa al uso de farmacoterapia.

No hay alternativas de tratamiento.

Si desiste del tratamiento, el paciente va a tener un deterioro más acelerado de la pérdida de movilidad, masa muscular, mayor probabilidad de aparición de úlceras por presión, dolor y rigidez articular, adicional mayor aparición de infecciones respiratorias y deterioro de su capacidad respiratoria.

Una vez leída y comprendida la anterior información, por favor registre de su puño y letra si autoriza o no la prestación del servicio.

Yo _____ mayor de edad, identificado con _____ número _____ de _____, en calidad de paciente () o en representación () por menor de edad, incapacidad física y/o mental del paciente _____ identificado con _____ número _____ de _____, en desarrollo del Artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Confirmando que he recibido del profesional solicitante que realiza el procedimiento la explicación de la naturaleza, beneficio y propósito del mismo.
2. Así mismo el profesional solicitante que realiza el procedimiento me ha informado sobre las alternativas de tratamiento.
3. He sido advertido por el profesional solicitante del procedimiento, en forma clara, detallada y exhaustiva, en lenguaje sencillo, que de acuerdo a mi condición de salud pueden presentarse riesgos, complicaciones y/o efectos secundarios al procedimiento inmediato o tardío.
4. Igualmente soy consciente y conocedor(a) que todo tratamiento o procedimiento terapéutico puede presentar efectos consecuentes de carácter imprevisible y que para minimizar el riesgo debo informar los antecedentes, medicamentos y/o síntomas presentes.
5. Reconozco que la obligación del profesional es de medio y no de resultado donde pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, aplicación de la técnica, prudencia y cuidado para su correcta ejecución.
6. Me comprometo como paciente a seguir las instrucciones de cuidado, recomendaciones médicas y terapéuticas siendo parte del plan de tratamiento.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltas mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés

Certifico que el presente documento ha sido leído, y entendido por mí en su integridad. Hago constar que estoy satisfecho(a) con la información suministrada por el terapeuta del programa de atención domiciliaria y que la información la recibí en lenguaje claro y comprensible despejando todas mis dudas; por tanto, autorizo se realice terapia respiratoria, así mismo a variar los procedimientos para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si fuera necesario.

Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____
--	---

DISENTIMIENTO: Si usted **NO** desea que se le realice el tratamiento, es también un derecho que debe respetarse por lo tanto firme como constancia de su decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento(s) renuncio a sus beneficios y haciéndome responsable de las posibles complicaciones de la no ejecución. Declaro que he leído y entendido el presente consentimiento informado y que **NO** estoy de acuerdo con lo estipulado en él y por ende no podré recibir mi tratamiento terapéutico en domicilio con el Programa Atención Domiciliaria.

Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____
--	---

CONSENTIMIENTO ILUSTRADO (Con sus propias palabras describa de forma sencilla lo entendido)

Paciente o representante (nombre y firma) D.I.: _____ Responsable en calidad de: _____	Profesional encargado (nombre y firma) D.I.: _____
--	---