



Sociedad Paraguaya de Neumología-Comité de Neumología intervencionista
Modelo de Consentimiento Pos informado
Broncoscopia Flexible

Hospital / Sanatorio:
 Nombre y Apellido:
 Cedula de Identidad:
 Nro. de ficha Clínica:
 Dirección:
 Fecha de Nacimiento:
 Sexo: M F I

A- ESTADO DEL PACIENTE Y PROCEDIMIENTO

El médico le ha explicado que usted tiene lo siguiente condición:
(El medico escribe en las propias palabras del paciente)

Esta condición requiere el siguiente procedimiento.
(El medico incluye sitio y/o lado donde relevante para el procedimiento)

Se realizará lo siguiente:
 El médico utiliza un tubo de fibra óptica suave, fina y flexible (broncoscopio) para observar las cuerdas vocales y las vías respiratorias. Se pasa a través de la boca o la nariz y a través de las cuerdas vocales se avanza hasta las vías respiratorias. A menudo se toman muestras de tejido y se envían para su análisis en el laboratorio:
(El médico marcará las muestras que se pueden tomar)

- Biopsia endobronquial:** Se toma una pequeña muestra de tejido se toma una pequeña muestra de tejido del revestimiento interior de las vías respiratorias.
- Cepillado bronquial:** Se pasa un pequeño cepillo sobre el revestimiento interior de los conductos de aire.
- Lavados bronquiales:** Se introduce una pequeña cantidad de líquido en los tubos bronquiales y se aspira a través del broncoscopio en un frasco de muestras.
- Biopsia pulmonar transbronquial:** Se toma una muestra de tejido pulmonar de las partes externas del pulmón.
- Aspiración transbronquial con aguja:** Se pasa una aguja a través de la pared del bronquio para tomar de tejido del exterior de la pared.
- Aspiración transtraqueal con aguja:** Se utiliza una aguja para aspirar un ganglio linfático u otra estructura fuera de los pulmones.
- Lavado broncoalveolar:** Se introduce líquido (alrededor de 1 taza) en pulmón y se aspira en un frasco de muestras. Se recogen las células de los de los sacos de aire del pulmón.

B- RIESGOS DE LA BRONCOSCOPIA +/- BIOPSIA

Al recomendar este procedimiento su médico ha sopesado los beneficios y los riesgos de la intervención contra los beneficios y riesgos de no proceder. Su médico cree que esta técnica conlleva un beneficio neto. Este procedimiento, no obstante, conlleva riesgos y complicaciones que incluyen:

Riesgos y complicaciones comunes (más del 5%):

- Bajos niveles de oxígeno. Durante el procedimiento se le administrará oxígeno que normaliza los niveles.
- Colapso pulmonar (Neumotórax). Es posible que necesite un tubo insertado entre las costillas para que el pulmón vuelva a inflarse. Esto puede requerir una internación en el hospital. En raras ocasiones, esto puede ocurrir hasta 24 horas después de la biopsia transbronquial o los cepillados bronquiales.
- Hay un aumento de riesgos de complicaciones cardíacas y pulmonares en las personas obesas.

Riesgos y complicaciones poco comunes (1- 5%)

- Sangrado. Esto puede ocurrir después de las biopsias. Suele ser menor y se resuelve rápidamente. Si el broncoscopio se pasa a través de la nariz, entonces puede producirse una hemorragia nasal. El sangrado es más común si usted ha estado tomando medicamentos anticoagulantes como Warfarina, Aspirina Clopidogrel o Dipyridamol (Paciente o familiar debe revisar marcas y nombres de medicamentos en uso).
- Problemas cardíacos. Puede producirse una breve sobrecarga y provocar latidos anormales Rara vez provoca ataques. Recuérdale al médico si toma medicamentos para la presión alta o para eventuales problemas cardíacos.
- Reacciones similares al asma. Los conductos de aire pueden estrecharse debido a la irritación provocada por el procedimiento. Este suele tratarse con medicación para el asma

Riesgos y complicaciones poco frecuentes (< de 1%)

- Fiebre. Se trata con paracetamol.
- Espasmo de la laringe. Estrechamiento de cuerdas vocales que suele ser breve y rara vez supone un problema mayor.
- Muerte. Es rara como resultado de este procedimiento.

C. RIESGOS SIGNIFICATIVOS-OPCIONES DE PROCEDIMIENTO

(El médico debe documentar y continuar en la Historia Clínica s/n).

D. OPCIONES A ESTE PROCEDIMIENTO

(El médico debe explicar riesgos y beneficios de no realizar este procedimiento. Consignar y continuar en la Historia Clínica s/n).

E. ANESTESIA

Este procedimiento requiere anestesia *(documentar el tipo)*



Sociedad Paraguaya de Neumología-Comité de Neumología intervencionista
Modelo de Consentimiento Pos informado
Broncoscopia Flexible

Hospital / Sanatorio:
 Nombre y Apellido:
 Cedula de Identidad:
 Nro. de ficha Clínica:
 Dirección:
 Fecha de Nacimiento:
 Sexo: M F I

F. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Reconozco que el médico me ha explicado:

- mi condición médica y el procedimiento propuesto, incluyendo el tratamiento adicional si el médico encuentra algo inesperado. Comprendo los riesgos, incluidos los riesgos específicos para mí.
 - la anestesia necesaria para este procedimiento. Comprendo los riesgos, incluidos los riesgos específicos para mí.
 - otras opciones de procedimiento/tratamiento relevantes y sus riesgos asociados.
 - mi pronóstico y los riesgos de no someterme al procedimiento.
 - que no se ha garantizado que el procedimiento vaya a mejorar mi estado, aunque se haya llevado a cabo con la debida atención profesional.
 - el procedimiento puede incluir una transfusión de sangre.
 - se pueden extraer tejidos y sangre, que podrían utilizarse para el diagnóstico o el tratamiento de mi enfermedad.
 - que si durante el procedimiento se producen acontecimientos que pongan en peligro mi vida de forma inmediata, se tratarán adecuadamente.
- que he recibido las siguientes hojas de información:**

- Anestesia durante la broncoscopia (*)**
- La Broncoscopia +/- Biopsia**

También declaro que:

- he podido hacer preguntas y plantear dudas al médico sobre mi enfermedad, el procedimiento propuesto y sus riesgos, y mis opciones de tratamiento. Mis preguntas y preocupaciones han sido discutidas y respondidas satisfactoriamente.
- Entiendo que tengo derecho a cambiar de opinión en cualquier momento, incluso después de haber firmado este formulario pero, preferiblemente, después de una discusión con mi médico (**HOJA DE REVOCACION**)(*)).
- Entiendo que pueden grabarse imágenes o vídeos como parte de mi procedimiento, y que estas imágenes o vídeos ayudarán al médico a proporcionar un tratamiento adecuado. Las mismas serán utilizadas para fines exclusivos de mi diagnóstico o tratamiento.

Sobre la base de las declaraciones anteriores,

Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento

.....
 Nombre y Apellido del paciente:

.....
 Firma:

.....
 Fecha:

Pacientes que no tienen capacidad para dar su consentimiento

(El consentimiento debe obtenerse de un sustituto legal)

Nombre del tutor o sustituto legal para toma de decisiones:

.....
 Ced. Identidad:

.....
 Firma:

.....
 Relación con paciente:

.....
 Fecha:

.....
 Número de teléfono:

G. DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente todos los puntos anteriores de la sección de Consentimiento del Paciente (F) y considero que el paciente / el sustituto en la toma de decisiones ha comprendido la información.

.....
 Nombre y Apellido del paciente:

.....
 Firma:

.....
 Cedula Identidad Registro Profesional

.....
 Fecha: