

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## FIBROBRONCOSCOPIA O BRONCOSCOPIA FLEXIBLE

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

**Nombre y Apellido** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL:

**IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Es un procedimiento que, mediante la introducción por nariz o boca de un tubo flexible (Broncofibroscopio/ Broncovideoscopio), permite la visualización del árbol bronquial así como la exploración y toma de muestras de secreciones o tejidos para su análisis a fin de aproximarnos a un diagnóstico etiológico de la enfermedad causante.

El procedimiento, siempre por indicación del médico especialista, puede requerir la administración de premedicación, anticolinérgicos, asimismo precisa de anestesia local en la zona de paso del broncoscopio (nariz, faringe, laringe, tráquea y bronquios) y a criterio del médico que realiza la broncoscopia puede utilizarse un fármaco sedante intravenoso.

Con el paciente habitualmente acostado y tras anestesia de la zona de entrada, que suele ser a través de una de las fosas nasales, se introduce el broncoscopio; tras visualizar todos los bronquios e identificar las posibles lesiones se procede a la toma de muestras.

Las muestras pueden ser obtenidas mediante: aspirado bronquial para la recogida de secreciones bronquiales; lavado broncoalveolar, que permitirá analizar la zona periférica del árbol respiratorio; cepillado bronquial, que consiste en realizar un raspado de la mucosa bronquial; punción transbronquial atravesando las paredes bronquiales en busca de tejidos que quedan ocultos tras los bronquios; biopsia, con pinza, de la superficie bronquial; y/o bien biopsia transbronquial introduciendo la pinza a lo lejos del bronquio, fuera de nuestra visión directa, ayudados o no por radioscopia externa.

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR.:** Evaluación anatómica de vía aérea y toma de muestras de secreciones o tejidos para su análisis a fin de aproximarnos a un diagnóstico etiológico de mi enfermedad.

**ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO:** El médico me ha explicado que en el caso de mi padecimiento lo más aconsejable para el diagnóstico de mi enfermedad.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:** Posibilidad de llegar a un diagnóstico o un estadio correcto de mi enfermedad.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:** No llegar al diagnóstico de mi enfermedad o realizar un estadiaje incorrecto.

**RIESGOS FRECUENTES:** Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables menores (0,2%) como ronquera, tos, fiebre, dolor local, náuseas o mareos y expectoración de pequeñas cantidades de sangre, que suelen autolimitarse y no representan un riesgo para la vida.

Riesgos poco frecuentes: Con menor frecuencia pueden producirse complicaciones mayores (<0,5%) como hemorragia, hipotensión, hipertensión, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón) o excepcionales (0,01%) como arritmias o paro cardíaco, depresión o paro respiratorio, isquemia cerebral aguda que pueden ser graves y requerir un tratamiento médico o quirúrgico de urgencia. La broncoscopia es, en general, un procedimiento bastante seguro con un riesgo de mortalidad bajo (- 2 por 10.000) aunque en procedimientos prolongados con sedación que incluyen biopsias, punciones transtraqueales y foto detección de tumores la mortalidad puede llegar hasta un 2%.

**ALTERACIONES PREVIAS DE LA SALUD:** Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades previas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapaso, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

**Indicaciones Previas:**

- Ayuno de sólidos y líquidos de 6 horas.
- En caso de necesitar la administración de medicamentos vía oral por enfermedad previa, hipertensión, diabetes, etc; hacerlo lo más temprano posible y lejos del estudio, con escaso líquido e informar a los médicos antes de que el estudio se realice.
- Si se utiliza prótesis dentaria debe ser retirada antes de realizar el estudio.
- De ser posible asista al estudio con familiar y/o acompañante.

**Indicaciones Posteriores:** Debe evitarse la ingestión de líquidos y sólidos por un periodo no menor de 2 horas o según la indicación médica luego del estudio.

Los teléfonos de consulta son 0299-4490800 Int. 829- 827- 214.

**AL DAR MI CONSENTIMIENTO:**

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI  NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO  SI Cuál: \_\_\_\_\_
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI  NO

## MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.  
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO  (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_hs.

## REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_hs.

## IMPORTANTE - PROFESIONALES

**Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.**