

Consentimiento informado para ecobroncoscopia (EBUS)

¿En qué consiste el procedimiento?

La Ecobroncoscopia es una técnica que usa una tecnología muy avanzada que permite explorar sonográficamente el mediastino y los pulmones. Su uso permite explorar las estructuras próximas a la tráquea y a los bronquios. Permite el diagnóstico y la estadificación oncológica de gran cantidad de enfermedades broncopulmonares y mediastínicas, que de otra forma precisarían de procedimientos más cruentos. Consiste en la introducción en el árbol traqueo bronquial, generalmente a través de una mascarilla laríngea de un ecobroncoscopio. El ecobroncoscopio es una sonda flexible de unos 5-6mm de diámetro provista de un transductor en su punta que permite tener imágenes ecográficas en tiempo real. Dispone además de un canal de trabajo que permite progresar una aguja de punción aspiración.

La técnica se realiza siempre en un centro hospitalario con monitorización oximétrica (oxígeno) y a veces electrocardiográfica.

Casi siempre si no hay contraindicaciones se realiza con anestesia local y con sedación del paciente (es decir, tras la administración de medicación intravenosa para mantenerle en respiración espontánea pero en un estado de inconsciencia que minimice la percepción de las molestias asociadas a la prueba).

Usted está diagnosticado de: Á

Indicación, se le solicita: Á ..

Cómo debe prepararse

- Para la prueba es necesario una evaluación médica previa por su médico, quien le indicará si tiene que tomar medicación y cual.
 - Si es diabético** debe seguir las instrucciones de su endocrino. En principio antes de iniciar el periodo de ayuno no se pueden tomar antidiabéticos orales o ponerse insulina. **Si No**
 - Si tiene una cardiopatía** consulte a su cardiólogo si tiene que hacer **profilaxis de la endocarditis infecciosa**. La profilaxis cuando tiene una cardiopatía valvular, congénita o reumática es necesaria. Su cardiólogo tiene que darle unas instrucciones específicas para hacerla. Normalmente tomará Amoxicilina 2 g VO 1 h. antes (50 mg/Kg) o Ampicilina 2 g IM o IV 30 min. antes (50 mg/Kg). Si tiene alergia a la penicilina: Clindamicina 600 mg VO 1 h. antes (20 mg/Kg) o 600 mg iv 30 min. antes o Azitromicina/Claritromicina 500 mg vo 1 h. antes (15 mg/Kg). **Si No**
 - Si está anticoagulado** con **Sintrom®** (Acenocumamol) u otro anticoagulante Coumadin® (warfarina) **NO puede hacerse la prueba**, tiene que pedir instrucciones al Servicio de Hematología, que le controla habitualmente o a su médico. Normalmente tendrá que dejar de tomar el Sintrom® 3 días antes. En esos días sustituirá el Sintrom® por una inyección subcutánea de heparina de bajo peso molecular. La heparina de bajo peso la suspenderá 12 horas antes de la prueba. El día de la prueba se hará un control de coagulación, que tendrá que llevar. **Si No**
 - Si está tomando antiagregantes plaquetarios** como el **Tiklid®** (ticoplidina), **el Plavix® el Adiro® 300 o el Iscover®** (clopidogrel) tiene que suspenderlos **7 días antes** de la prueba. Consulte a su médico si puede estar ese tiempo sin esa medicación. **Si No**
 - Si está tomando otros antiagregantes plaquetarios como: Aspirina® Adiro 100®, Bioplak®, Tromalyt® (ácido acetil-salicílico), puede seguir tomándolos. **Si No**
- Tiene que traer** un informe de su médico donde se detalle el diagnóstico y la indicación de la prueba. Además debe de traer:
 - Al menos una radiografía de tórax o un TAC torácico y el resto de los estudios que tenga. **Si No**
 - Hemograma y pruebas de coagulación recientes. **Si No**
 - El resto de estudios que tenga
 - Tiene que estar en **ayunas completas** (ni agua ni sólidos) desde **6 horas antes de la hora fijada para la prueba**. Antes de iniciar el ayuno podrá tomar un desayuno sólo líquido sin sólidos (café, zumo, leche). En ese momento **deberá tomar su medicación habitual** (para la hipertensión arterial, arritmias, cardiopatía, epilepsia, etc.), según indicaciones de su médico. Es decir si le van a hacer la broncoscopia a las 16:00

horas podrá tomar líquidos antes de las 10:00 horas de esa mañana. A partir de las 10:00 no podrá tomar nada. . **Si No**

Complicaciones

Las complicaciones de la técnica son poco frecuentes para la mayoría de los pacientes. Entre las más descritas se encuentran: dolor nasal durante la introducción del endoscopio, nauseas, sangrado nasal, tos, dificultad respiratoria, edema laríngeo, laringoespasma, broncoespasmo, aspiraciones broncopulmonares, toser sangre o sangrados broncopulmonares, fiebre, infección, reacciones alérgicas, insuficiencia respiratoria, arritmias, neumotórax, y excepcionalmente parada cardio-respiratoria.

En el caso de realización de una biopsia transbronquial (biopsia pulmonar), ésta va asociada a un 20% de neumotórax y un 1-2% de hemorragia. Las complicaciones dependen fundamentalmente del estado general del paciente, gravedad del proceso que padece y de sus enfermedades de base.

A las complicaciones de la exploración endoscópica se añaden las de la sedación anestésica.

CONSENTIMIENTO

D./Dña: _____, **como paciente,** o
D./Dña: _____, **como representante legal,** en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable, he comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento Fibrobroncoscopia, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista y consulta personal, estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos concretos y alternativas en mi caso) y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** a que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado FIBROBRONCOSCOPIA.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

Madrid, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: Paciente/Representante legal
DNI:

Fdo.: Facultativo
Nº Colegiado:

DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (Táchese lo que NO proceda)

D./Dña: _____

No autorizo la realización de _____.

Revoco el consentimiento prestado en fecha ____/____/____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Madrid, a _____ de _____ de _____

Fdo.: Paciente/Representante legal
DNI:

Fdo.: Facultativo
Nº Colegiado:

Lista de verificación

Consentimiento informado Si No , Ayunas de 6 horas Si No , Alergias Si No , Pruebas de coagulación Si No , Medicación Si No tipo _____ . Prótesis Si No