

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Biopsia Pulmonar

FL-CDM-75

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

#### OBJETIVO

La biopsia pulmonar persigue la obtención de tejido pulmonar suficiente para su estudio anatomopatológico. Generalmente se indica cuando se han agotado otros procedimientos diagnósticos previos sin haber conseguido un resultado determinante, o bien cuando estos no son factibles por algún motivo. Debe entender que la biopsia pulmonar es un procedimiento diagnóstico y que no supone un tratamiento de su enfermedad en si misma, pero su resultado puede ser definitivo para instaurar un tratamiento adecuado.

#### EN QUE CONSISTE LA BIOPSIA PULMONAR.

La biopsia pulmonar consiste en la obtención de uno o varios fragmentos pulmonares para posibilitar su estudio histológico y llegar a un diagnóstico del proceso que padece. Se lleva a cabo generalmente por videotoracoscopia que consiste en la inserción de tres pequeños trocares (instrumental quirúrgico) a través de los cuales y por visión mediante video se realiza la intervención.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

#### RIESGOS DE LA BIOPSIA PULMONAR.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Infección de herida quirúrgica o de la cavidad pleural
- Fugas aéreas mantenidas.
- Otras menos frecuentes pero más graves como embolia pulmonar (obstrucción de las arterias pulmonares por coágulos de sangre), alteraciones del ritmo cardiaco, etc., que aunque generalmente son controlables con tratamiento, pueden ser potencialmente letales.
- Hemorragia que, generalmente, se pueden controlar por la vía de intervención descrita pero, excepcionalmente, puede precisar la realización de una toracotomía (apertura quirúrgica del torax) para controlarla. Así mismo puede ser necesaria la reconversión a toracotomía en casos en los que existan adherencias del pulmón a la pared que impidan la realización de la técnica de forma adecuada, o en algunos casos que se indican de entrada por criterio del equipo quirúrgico.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

#### RIESGOS PERSONALIZADOS


---

---

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Suele haberse realizado previamente a la indicación de la biopsia y son la fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial y/o lavado broncoalveolar. Otra alternativa poco recomendable sería la instauración de un tratamiento de prueba sin tener el diagnóstico definitivo.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Biopsia Pulmonar</p>	<p>FL-CDM-75</p>
		<p>Rev. 03</p>

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **BIOPSIA PULMONAR**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **BIOPSIA PULMONAR**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal )

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **BIOPSIA PULMONAR**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_