

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA BRAQUITERAPIA POR BRONCOSCOPIA FLEXIBLE**

Nº de Historia:

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,

(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:

(Domicilio del representante legal)

En de de

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

del Servicio de Cirugía Torácica/Neumología, me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a BRAQUITERAPIA POR BRONCOSCOPIA FLEXIBLE.

1.- Es un procedimiento que, mediante la introducción por nariz de un tubo flexible (broncoscopio), permite la visualización del árbol bronquial así como la introducción de un catéter que quedará situado dentro de los bronquios, para a través de él poder introducir posteriormente un elemento radioactivo que quedará depositado cercano al tumor que me van a tratar. En ocasiones puede precisarse de una exploración radioscópica para localizar la zona más adecuada y para comprobar que el catéter queda bien situado tras retirarse el broncoscopio. Para la exploración radioscópica se precisará de un equipo dotado con rayos "X".

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, precisa de anestesia local en la zona de paso del broncoscopio (nariz, faringe, laringe, traquea y bronquios) y a criterio del médico que realiza la broncoscopia puede utilizarse un fármaco sedante intravenoso. También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia local (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico) y la sedación (depresión de la función cardiorespiratoria que puede llegar a ser grave). El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir otros procedimientos de urgencia incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. El catéter que se dejará situado a través de la fosa nasal en la cercanía del tumor puede producirme molestias y daños en los tejidos por donde pasa (nariz, faringe, laringe, traquea y bronquios). Además conozco que a través de éste catéter se me introducirá un elemento radioactivo. También en el desarrollo del estudio puede ser preciso el uso de radioscopia externa. El médico me ha informado de los posibles riesgos de la radiación.

3.- Con el paciente habitualmente acostado y tras anestesia de la zona de entrada, que suele ser la fosa nasal, se introduce el broncoscopio. Se usa anestesia local en las zonas de paso (laringe, traquea y bronquios). Tras visualizar todos los bronquios e identificar las posibles lesiones se procede a introducir por el canal de trabajo del broncoscopio el catéter hueco que se dejará situado, con su extremo distal obturado, en la situación más cercana posible al tumor. En ocasiones se usará de radioscopia externa que permite conocer la disposición anatómica más allá de la zona de visión del bronquio. Sujutando el catéter se extrae el broncoscopio dejando sólo el catéter que se fija en la fosa nasal. Se reintroduce por la otra fosa nasal el broncoscopio para comprobar la correcta situación del extremo distal del catéter. Posteriormente se introducirá por el catéter un cable de acero que tiene fijada en su extremo distal una cápsula metálica. Dentro de la cápsula se introducen las semillas radioactivas. El cable se maneja por control remoto desde otra habitación y se progresa hasta situarlo en la zona elegida del tumor. El tiempo (normalmente unos pocos minutos) que dure la exposición y la riqueza radioactiva de la semilla utilizada determinarán la dosis total. Sé que mientras dure el proceso estaré sólo en la cámara controlado desde un monitor de televisión y por sensores de constantes vitales.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse

efectos indeseables, como, ronquera, tos, fiebre, hemorragia (en ocasiones grave), hipotensión, hipertensión, náuseas o mareos, dolor local, inflamación, estenosis inflamatoria o cicatricial, bronco espasmo, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón), ulceraciones de la zona de paso del catéter, fistulización a mediastino (por rotura de un bronquio o de la traquea), neumonitis por radiación o, excepcionalmente, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria y accidente cerebro vascular agudo, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, tratamientos previos con radiación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

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

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice **UNA BRAQUITERAPIA POR BRONCSCOPIA FLEXIBLE.**

En ,
a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de , años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en , y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de , años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal))

con domicilio en , y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de..... , de
(Representante legal, familiar o allegado (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En a
.....
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado