

**HOSPITAL NACIONAL DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA,
NEUMOLOGIA Y MEDICINA FAMILIAR**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DE
BRONCOLOGIA**

DESAFIO:

Procesos funcionales.

OBJETIVO ESTRATEGICO:

Diseñar nuevos procesos y fortalecer los existentes para analizar una Unidad Eficaz y Eficiente al Cliente Externo y al Personal de la Organización.

ACCION TACTICA:

Diseño y Elaboración de Instrumentos de Monitoreo y Evaluación del Proceso de Broncoscopia.

Los Planes de Renderos, Febrero 2017

TABLA DE CONTENIDO

1. HISTORIA	3
2. DESCRIPCION	6
3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS	7
4. INDICACIONES	8
4.1. Indicaciones Diagnosticas	
4.2. Indicaciones Terapéuticas	
5. CONTRA INDICACIONES	10
5.1. Absolutas	
5.2. Relativas	
5.3. Factores que pueden aumentar las complicaciones	
6. VIAS DE ACCESO	12
6.1. Consideraciones Técnicas	
7. PRECAUCIONES	14
8. PROCEDIMIENTO	15
9. RECOMENDACIONES	16
10. LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION	17
10.1. Limpieza	
10.2. Desinfección	
10.3. Esterilización	
11. MATERIAL Y EQUIPO	19
12. MEDICAMENTOS	19
13. HOJA DE SOLICITUD DE BRONCOSCOPIA.....	20
13. CONSENTIMIENTO INFORMADO	21
14. HOJA DE REPORTE DE BRONCOSCOPIA.....	22

1. HISTORIA

En 1823 cuando Orase Green observa que la laringe es capaz de soportar la presencia de cuerpos extraños al introducir una esponja con nitrato de plata en solución para lograr cauterizar lesiones de laringe y tráquea; después, introdujo un catéter de goma al bronquio aplicando nuevamente nitrato de plata. Presentó su trabajo en 1847 a la Sociedad Quirúrgica de Nueva York.

Joseph O'Dwyer introdujo un tubo para liberar adherencias de la vía aérea inferior causadas por difteria, la cual tenía muchas complicaciones como estenosis en la laringe; asimismo, construyó un tubo de paredes delgadas para ayudarse en la extracción de cuerpos extraños.

En 1885, Kirstein observó el interior de la laringe con el tubo diseñado por O'Dwyer, considerando la introducción de éste en la tráquea como algo peligroso.

En 1887, Gustav Killian en Freiburg, Alemania, investigaba la laringe y tráquea usando un laringoscopio diseñado por Kirstein. En ese mismo año le fue referido un granjero porque se había tragado un hueso de cerdo presentando accesos de tos, disnea y hemoptisis. Utilizó entonces el laringoscopio de Kirstein y logró observar un cuerpo extraño en el bronquio principal derecho, sugiriendo realizar una cirugía, pero no le fue permitida; de esta manera, usó un esofagoscopio Mikulicz-Rosenheim aplicando como anestesia cocaína local, logrando extraer el cuerpo extraño. En 1898 Killian presentó ante el Congreso del Sureste de Alemania de Laringologistas en Heidelberg, tres casos de extracción de cuerpo extraño con el nombre de "broncoscopia directa", sugiriendo la necesidad de que el broncoscopio debería tener un orificio que permitiera el paso del aire al pulmón sano. Iniciando así lo que se ha llamado la "Era de la broncoscopia" y ser conocido como el "Padre de la broncoscopia".

El primer broncoscopio fue hecho por Algernon Coolidge Jr., en mayo de 1898 usando un uretroscopio abierto, un observador y un espejo reflejante, logrando retirar una porción de material duro del bronquio derecho de un paciente.

En 1890 Chevalier Jackson desarrolló un esofagoscopio con el que retiró una dentadura de la vía aérea. Utilizando una versión más pequeña, retiró una moneda de la vía aérea en un niño, iniciando la broncoscopia en 1889; practicando sus técnicas en esófago y laringe en maniqués, perros y cadáveres; diseñando y construyendo varios instrumentos por sí mismo. Ese mismo año, Jackson se inscribió en la cátedra de laringoscopia en el Colegio Médico de Occidente, Pennsylvania. Para 1904, desarrolla el broncoscopio con una pequeña luz en la punta, después diseñó una fuente de luz adicional y un tubo de drenaje. Al mejorar los instrumentos para retirar cuerpos extraños y disminuir el uso de anestesia general, la mortalidad por el procedimiento disminuyó hasta el 1%.

El Dr. Edwin N. Broyles creó el telescopio óptico delantero y un ángulo de observación que podía favorecer observar los bronquios de los lóbulos superiores e inferiores. El Dr. Paul H. Holinger, incrementó muchas de las técnicas e instrumentación para registrar en una película las imágenes visuales vistas con el endoscopio.

En 1870, John Tyndall describió las propiedades ópticas de la fibra de vidrio, pero hasta 1927 y 1930, Baird JL y Hansell CW utilizaron esta propiedad. En 1930, Lamb H usó las fibras de vidrio en un endoscopio; en 1949, en Argentina, Schieppati, reportó la biopsia por aspiración con aguja fina por broncoscopio rígido; y en 1962. Oho y Wang describieron el uso de la biopsia por aspiración a través de fibrobroncoscopia.

El Hospital Nacional de Neumología, hoy Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña, es el Pionero en la Introducción y el Desarrollo de la Broncología en El Salvador, mateniendo un nivel optimo en el aspecto Asistencial y Docente,

No se sabe con exactitud la fecha de fundación del Servicio de Broncología ni cuando se efectuó la primera Broncoscopia Rígida; pero en los Libros encontrados en el Servicio de Broncología, dan testimonio de que la Recopilación

de Datos en forma ordenada se llevo acabo a partir de la introducción de la Broncoscopía Flexible “Fibrobroncoscopía”.

Es así como aparece registrado que la primera Fibrobroncoscopía fue realizada el día 1 de Enero de 1976, por el Dr. Víctor Manuel Solano Márquez, asistido por la señorita enfermera Blanca Lidia Rosales; y fue realizada a la paciente María Hortensia Aguilar Valencia de 66 años de edad, con número de registro 1105-75 del Pabellón Lucha Planta Baja, por Diagnóstico de Hemoptisis

El número de Fibrobroncoscopías realizadas desde esa fecha hasta el 23 de Diciembre del año 2007 es de 12,555

Los pioneros de la Fibrobroncoscopia en nuestro Hospital, fueron los siguientes médicos:

- ❖ Dr. Víctor Manuel Solano Márquez (1976)
- ❖ Dr. José Antonio Saldaña (1976)
- ❖ Dr. Salvador Miranda Galdámez (1976)
- ❖ Dr. Joaquín Gabriel Santos hijo (1976)
- ❖ Dr. Rafael Meléndez Montiel (1978)
- ❖ Dr. Ernesto Mendoza Ortiz (1982)
- ❖ Dr. Fausto Cea Gil (1982)
- ❖ Dr. Jaime Argueta Osório (1982)
- ❖ Dr. Carlos Villalta Barberena (1982)
- ❖ Dr. Ricardo Joaquín Peralta Lagos (1982)

En la presente gestión, y enmarcado en el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional, se ha contado con el Apoyo permanente de las Autoridades Superiores en el Fortalecimiento de Infraestructura, Tecnología y Talento humano.

La Unidad de Broncología Actualmente está constituido por las siguientes áreas: Sala de espera, Estación de Enfermería, Sala de Procedimientos, Sala de

Recuperación, Sala de Reporte de Procedimientos, Sala de limpieza, Sala de Esterilización y Bodega de Insumos Médicos.

Respecto a la tecnología se cuenta con el siguiente equipo: Una Torre de Fibrobroncoscopía, Dos Torres de Videofibrobroncoscopios; con sus respectivas pinzas (Estándar, Cocodrilo y de Extracción de Cuerpos Extraños) y un Broncoscopio Rígido.

..

El Equipo de Neumólogos Broncoscopistas está integrado por: Dr. Carlos Humberto Coto Rustrían (Jefe de la Unidad), Dr. Frank Milton López, Dra. Silvia Marengo Acosta y Dr. Miguel Ángel Ruiz

Se desarrollan los siguientes programas:

- Programa Docente de Endoscopia dirigido a Residentes del Programa de Neumología.
- Programa de Endoscopia, dirigido a Neumólogos de este Centro Hospitalario.
- Programa de Capacitación como Enfermeras Asistente en Procedimientos del Area de Broncología; dirigido a Enfermeras de toda la Red Nacional

De esta manera la Unidad de Broncología del Hospital Nacional Saldaña se constituye en un Apoyo a la Red de Hospitales del Ministerio de Salud y Asistencia Social

2. DESCRIPCION

El Fibrobroncoscopio o Broncoscopio flexible(FBC) esta constituido por paquetes de fibras ópticas , un canal longitudinal para facilitar la succión y toma de Muestras, un mecanismo que permite flexionar la punta con una palanca de control proximal y lentes objetivos en la punta .Tiene en lo que se conoce como la cabeza el control de la succión , pieza ocular con dioptrías que se ajustan y hay un canal donde se aplica la succión , así como otro canal donde puede aplicarse

solución o anestésicos y ,es a su vez, la entrada para los aditamentos broncoscopicos , como cepillos , pinzas de biopsias, etc.

Esta cubierta por un tubo especial de vinil flexible, su diámetro externo varia de 1.8 mm (ultra delgado) a 6.4 mm. Y un canal de trabajo que puede ser de 0.6 3.2 mm. Y la longitud del tubo varia de 400 a 600 mm. El ángulo de movilidad de la punta hacia arriba es de 120 a180 ° (promedio 120 180 °) Y en la parte inferior de de 60 a 130 ° (promedio (60 a 120 °)

Los aditamentos conocidos para el uso de FBB son: fuente de luz, cepillos para citología y toma de muestras microbiológicas, pinzas de biopsias, cámaras y videocámaras.

3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS

La ventaja de uso del FBC es que puede ser utilizado en múltiples procedimientos, incluso para la toma de muestra o extracción de cuerpos extraños, hasta la cuarta generación de la división bronquial, dependiendo del diámetro de este .Las desventajas son la extracción de cuerpos extraños de tamaño moderado a grande, que no es tan adecuada como el Broncoscopio Rígido. Los instrumentos usados para el Broncoscopio Rígido son mas fuertes que los del flexible y permiten realizar mejor los procedimientos .El control de la Hemorragia de la Vía Area Central es mejor con el Broncoscopio Rígido; la succión es mejor con este. El Láser con dióxido de carbono debe ser usado solo con Broncoscopio Rígido.

4. INDICACIONES

Las indicaciones para realizar una broncoscopia flexible se dividen en procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos.

4.1 Indicaciones Diagnosticas

- Estudio de tos, sibilancias, estridor y disnea.
- Alteraciones radiológicas en tórax.
- Neumotórax persistente.
- Parálisis diafragmática.
- Parálisis de cuerdas vocales y disfonía.
- Quemaduras químicas y térmicas del árbol bronquial.
- Abscesos pulmonares.
- Trauma de tórax.
- Broncografía.
- Hemoptisis.
- Valoración endoscópica para estudios de citología bronquial sospechosos de malignidad.
- Infecciones pulmonares (obtener muestras para cultivo)
- Valoración de lesiones cavitadas a nivel pulmonar.
- Sospecha de fístulas traqueoesofágicas, broncoesofágicas y mediastinales.
- Seguimiento de carcinoma broncogénico.
- Carcinoma broncogénico, carcinoma esofágico.
- Valoración de metástasis pulmonares.
- Sospecha de cuerpos extraños en el árbol traqueobronquial.
- Obstrucción bronquial por neoplasias.
- Lavados bronquiales por neoplasias.
- Estenosis traqueal y bronquial.

- Fístula broncopleural.
- Colocación de tubo endotraqueal.
- Valoración de la posición del tubo endotraqueal.
- Valoración de ruptura traqueal o bronquial.
- Valoración postoperatoria de tráquea y bronquios.
- Colapso pulmonar inexplicable.
- Enfermedad del intersticio pulmonar (lavado broncoalveolar /LBA/)
- Valoración de derrame pleural.

4.1.1 Indicaciones terapéuticas

Cada vez son más, y se han desarrollado nuevos métodos y técnicas diagnósticas que confirman la ventaja de la broncoscopia flexible de la rígida, en varios aspectos. Estas indicaciones son:

- Lavado bronquial (broncolitiasis, asma, bronquiectasias infectadas, supuración pulmonar y fibrosis quística).
- Retiro de tejido de necrótico de vía aérea.
- Control de hemoptisis. Colocación de catéter de Fogarty o aplicación de fármacos, pegamento de fibrina y colocación de clips de arterias sangrantes intrabronquiales.
- Retiro de cuerpos extraños.
- Retiro de restos de tumor endobronquial.
- Aplicación de braquiterapia.
- Terapia fotodinámica.
- Uso de electrocauterio para resección de lesiones endobronquiales.
- Retiro de material protésico: stent, taponamiento bronquial.
- Resección de tumores benignos y malignos endobronquiales por láser.
- Crioterapia.

- Liberación de adherencia traqueal o bronquial.
- Lavado bronquial o LBA
- Aspiración de quistes bronquiales, abscesos pulmonares o mediastinales.
- Sellado de fístulas broncopleurales (neumotórax persistente).
- Colapso pulmonar en cirugía de reducción e volumen por técnica broncoscópica.
- Inyección intralesional.
- Trauma torácico.
- Intubación de vía aérea difícil.
- Mantenimiento de vía aérea.

5. CONTRAINDICACIONES

La mayoría son relativas, dependen de la situación clínica y el riesgo-beneficio para la realización del procedimiento.

5.1 Contraindicaciones absolutas

- Hipoxemia durante el procedimiento.
- Necesidad de broncoscopia rígida.
- Cuello inestable.
- Anquilosis severa de columna cervical.
- Restricción de la unión temporomandibular.

5.2 Contraindicaciones relativas:

- Arritmia grave.
- Estado cardiopulmonar inestable.
- Hipoxemia refractaria.
- Trastornos de la coagulación.

5.3 Factores asociados que pueden aumentar las complicaciones.

- Poca cooperación del paciente.
- Infarto reciente o angina inestable.
- Crisis de asma.
- Hipoxemia moderada a severa.
- Hipercarbia.
- Uremia.
- Hipertensión arterial pulmonar.
- Absceso pulmonar.
- Inmunosupresión.
- Obstrucción de vena cava superior.
- Debilidad por edad o desnutrición.
- Trombocitopenia (plaquetas menores a 20,000).

También existen contraindicaciones que dependen del tipo de procedimiento que se realice, entre las principales se encuentran las relacionadas con el uso de láser que pueden aplicarse a la crioterapia y el electrocauterio.

6. VIAS DE ACCESO DEL BRONCOSCOPIO FLEXIBLE AL ARBOL BRONQUIAL

Las vías de acceso del broncoscopio flexible son: nasal, oral, por tubo de traqueostomía o tubo endotraqueal. La anestesia puede ser local, o bien local más sedación y anestesia general.

6. 1 CONSIDERACIONES TECNICAS

La posición del paciente puede ser en decúbito dorsal o incluso en posición de sentado, lo que puede ser factible debido a la maniobrabilidad del equipo. La posición del broncoscopista también varía de acuerdo con la posición del paciente, su entrenamiento y habilidad.

El personal requerido para realizar una fibrobroncoscopia es el broncoscopista, ayudante, enfermera o personal entrenado con conocimiento básico del procedimiento que ayude a la preparación de los instrumentos que se requieran durante el estudio (para nosotros es preferible el apoyo de un anestesiólogo). El procedimiento debe realizarse en una sala de quirófanos de ser posible con equipo de anestesia y monitoreo cardiovascular. Las características del árbol bronquial que deben valorarse durante la broncoscopia son: distribución anatómica, contenido en los bronquios (sangre, material purulento y aire), coloración y superficie de la mucosa y vascularidad de la mucosa; vasos linfáticos, integridad de mucosa y pared bronquial, compresión extrínseca de la pared bronquial, tumores intraluminales, infiltración de la mucosa, pared bronquial engrosada, destrucción de capas de la mucosa e infiltración parabronquial.

La broncoscopia flexible permite visualizar adecuadamente las lesiones endobronquiales clasificadas como centrales y periféricas con base en los hallazgos endoscópicos. Se dice que las lesiones son centrales cuando:

- Hay tumor visible endoscópicamente, tejido necrótico o exofítico que causa estenosis parcial o completa de bronquios segmentarios o lobares (signos directos de tumor).
- Irregularidad de la mucosa o descoloración, hipervascularidad, edema y engrosamiento local (signos indirectos de tumor).
- Compresión extrínseca de bronquios lobares, segmentarios y subsegmentarios (signos indirectos de tumor).

Por su parte, las lesiones periféricas no son observadas broncoscópicamente.

En adultos y niños con lupus eritematoso sistémico ocurre hemorragia alveolar menor al 6%, con mortalidad de 50% secundaria a insuficiencia respiratoria. A través del broncoscopio puede observarse una discreta hemorragia en la mucosa bronquial (William E. Novotny).

7. PRECAUCIONES

7.1 GENERALES

Que el paciente tenga por lo menos 6 horas de ayuno.

Retirar las prótesis dentales, si las hay.

Verificar el cumplimiento de las indicaciones de las evaluaciones pre fibrobroncoscopia.

Si el paciente tiene traqueotomía, la cánula debe de ser como mínimo 8.5 mm.

Si el paciente esta con ventilación mecánica y esta intubado, el tubo debe de ser mínimo No. 8.

Que el paciente lleve venoclisis permeable.

Hemograma, Hb, Plaquetas, Tiempo de Sangrado y Coagulación en límites normales.

7.2 PRE FIBROBRONCSCOPIA:

Antes de la anestesia cumplir medidas de Bioseguridad.

Verificar el correcto funcionamiento del Fibrobroncoscopio, Fuente de luz, Aspirador, Monitor de signos vitales y Pinzas.

7.3 POST FIBROBRONCOSCOPIA:

Orientar al paciente que permanezca dos horas después del procedimiento nada por boca, para evitar aspiraciones.

Vigilar y orientar al paciente sobre:

- a) Posible sangrado (hemoptisis o esputo hemoptótico) como resultado de la toma de biopsias.
- b) Disnea y/o desaturación de O₂.
- c) Trastornos de conducta.

En caso de presentar alguna de las anteriores, comunicar al médico responsable del paciente.

8. PROCEDIMIENTO

- a) Introducir los Datos del Paciente en la Computadora de la Torre del Videobroncoscopio
- b) Lavado de manos con jabón “clorhexidina”.
- c) Explicar en que consiste el Procedimiento al paciente.
- d) Monitorizar los signos vitales del paciente pre FBB.
- e) Verificar el cumplimiento de la atropina, 0.5 mg intramuscular en el brazo, si esta no ha sido aplicada cumplirla.
- f) El Neumólogo y/o el Residente aplicará la anestesia en aerosol con Xilocaina al 2% sin adrenalina, ya sea vía manual o por nebulización, en las vías respiratorias superiores (vía naso – oro faringea)
- g) Colocar el oxígeno si es necesario.
- h) Realizar la Fibrobroncoscopía.

9. RECOMENDACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO

- a) Vigilar por la enfermera Asistente No. 2, los signos vitales y la saturación de O₂; anotarlos pre-trans y post broncoscopia.
- b) Proporcionar por la enfermera, anestesia en solución al 2%, suero fisiológico estéril, solución salina normal al 0.9%, adrenalina, etamsilato, etc., cuando el médico lo solicite.
- c) Proporcionar el instrumental (cepillo, pinzas) a utilizar cuando el médico lo solicite.
- d) Cuando el médico finalice el procedimiento, se pasará agua con jabón de clorhexidina por el fibrobroncoscopio.
- e) No se retirará el monitor, ni el oxígeno hasta que se anoten los signos vitales post fibrobroncoscopia y se constate que el paciente este estable.
- f) Si se toman biopsias transbronquiales tomar radiografía de tórax en expiración forzada.
- g) Si rayos X de tórax evidencia Neumotórax; manejo conservador si es menor el 20% y no hay alteraciones hemodinámicas. Colocar tubo de tórax si es mayor del 20% y/o alteraciones hemodinámicas.
- h) El Broncoscopista hará el Reporte del Procedimiento y el Residente las boletas en Computadora.
- i) La Enfermera Asistente No. 1, anota en el Expediente una Descripción de lo realizado y de las eventualidades.
- j) La Enfermera Asistente No. 2, identifica cada una de las muestras de forma adecuada y las lleva al Laboratorio Clínico y/o Laboratorio de Patología según corresponda, con el libro de contra entrega de muestras, donde se firmará por la persona que recibe las muestras.

10. LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACION DEL BRONCOSCOPIO

Teniendo en cuenta que los Broncoscopios, Videobroncoscopios y sus accesorios son instrumentos muy frágiles y de muy costosa reparación, su cuidado y mantenimiento debe estar a cargo de personal adecuadamente entrenado.

Una vez utilizado el Fibrobroncoscopio o Videobroncoscopio y previo a su limpieza es conveniente comprobar la integridad del instrumento, con un Comprobador de Fugas (Manómetro a 160 mm Hg., realizando el test de fugas.)

10.1 LIMPIEZA

Se trata de eliminar los restos de material orgánico (sangre, saliva, moco) que quedan adheridos al instrumental:

- 8 Desmontar válvulas de aspiración de conexión al aspirador y del canal de trabajo.
- 9 Inmersión de las válvulas y del tubo de inserción del Fibrobroncoscopio o Videobroncoscopio en 500 ml. de agua bidestilada y 10 mil. de solución antiséptica (clorhexidina al 5%) durante 5 minutos.
- 10 Aspirar posteriormente dicha solución a través del canal de trabajo del instrumento.
- 11 Completar la limpieza de las válvulas, canal de trabajo y conector de succión, con el cepillo de cerdas blancas.
- 12 Finalizar con la aspiración de aire durante 30 segundos para el secado del canal de trabajo.

10.2 DESINFECCION

Es un procedimiento químico que consiste en la eliminación de microorganismos potencialmente patógenos mediante desinfectantes. Se puede realizar en

máquinas o por inmersión. En este último caso se procedería de la siguiente manera:

- Preparación de la solución desinfectante según las instrucciones del fabricante (glutaraldehído alcalino al 2%).
- Inmersión en una cubeta del tubo de inserción del FB y las válvulas durante 20 minutos.
- Aspirar el líquido de inmersión a través del canal de trabajo del FB.
- Aclarar abundantemente con agua bidestilada.
- Secado manual con gasas de la vaina externa del FB, el ocular y las válvulas. Secado del canal de trabajo mediante aspiración del mismo con un compresor.
- Comprobación final de fugas con manómetro.

10.3 ESTERILIZACION

Se trata de un proceso químico que destruye todos los microorganismos. Está indicado tanto para el FB como para sus accesorios.

- A. Químico (ácido peracético). Es un agente oxidante, que no produce residuos tóxicos y no es irritante para el personal que lo manipula. Se utiliza con un procesador automatizado en cámara cerrada. Puede usarse tanto para material rígido, como flexible.

11. MATERIAL Y EQUIPO

- Fibrobroncoscopio (FBB) o Videobroncoscopio.
- Fuente de luz.
- Cámara de video.
- Silla de Odontólogo para el procedimiento.
- Aspirador portátil y/o de pared.

- Monitor de signos vitales.
- Boquillas protectoras.
- Pinzas de biopsias estándar y de cocodrilo.
- Cepillo para toma de muestras.
- Frascos para muestras (de Laboratorio y/o de Patología)
- Tubos de cultivo (para muestras)
- Jeringas de 2 ml., 3 ml., 10 ml. Y 20 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Aspiradores de LEE (para la recolección de muestras)
- Guantes, mascarillas, gorros y gabachones de tela y descartables.
- Lentes protectores.
- Bajalenguas.
- Vasos Descartables de 6 u 8 onzas, para el Paciente.
- Para la documentación del procedimiento; cámara de video con adaptador al Fibrobroncoscopio y un DVD o Torre de Videobroncoscopi- a y Computadora y Equipo de Video Incorporado.

12. MEDICAMENTOS:

- Anestesia local al 2% "Xilocaina" en frasco vial para inyección.
- Atropina en ampollas de 0.5 mg: 1 ml.
- Adrenalina ampollas de 1 ml., dilución 1 en 1000
- Suero fisiológico estéril.
- Solución salina 0.9%
- Diazepan ampollas de 10 mg.
- Etamsilato, ampolla, 2 ml/250 mg

HOSPITAL NACIONAL DR. JOSE ANTONIO SALDAÑA
Unidad de Broncología

HOJA DE CONSENTIMIENTO DE LA FI BRONCOSCOPÍA DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA

FECHA:

AUTORIZACION	DENEGATORIA	
NOMBRE DEL PACIENTE		No DE REGISTRO
NOMBRE DE APODERADO LEGAL (SOLO SI PACIENTE ESTA IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR O DENEGAR)		

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O DENIEGA

DOMICILIO:	EDAD:	PROFESION U OFICIO:
DUI:	DOCUMENTO QUE ACREDITA SI HAY REPRESENTACION LEGAL:	

<p>1) Yo, _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado las condiciones de mi salud (de mi representado), y que se resumen así:</p>
<p>2) Que el procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico, por medio del procedimiento de Broncoscopia, que me ofrecen los médicos y el personal paramédico de la institución, conlleva los riesgos comunes inherentes a este procedimiento, y reconocidos mundialmente, como:</p>
<p>3) Reconozco que los médicos me han explicado ampliamente los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que puede presentarse durante y después del procedimiento médico-diagnóstico y/o terapéutico, ya sea en la administración de algunos medicamentos o tratamientos; que existen riesgos, de reacciones adversas a la anestesia local, y complicaciones tales como hemorragia, infecciones, neumotórax, e incluso la muerte; así como se me explicó que el procedimiento médico de diagnóstico y/o terapéutico y anestésico general, si lo hubiere, que se aplicaría, es en beneficio de mí (la salud (de mi representado)</p>

4) **AUTORIZACION:**

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades **OTORGO**, mi expreso consentimiento, para que se me realice el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, por medio de la Broncoscopia, según los conocimientos científicos de los médicos y personal paramédico del Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña, los cuales constan en el presente documento, aceptando desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente.

5) **DENEGATORIA:**

Que los médicos Neumólogos Broncoscopistas del Hospital Nacional Saldaña, consideran conveniente según sus conocimientos médicos, practicar la Broncoscopia Diagnóstica y/o terapéutica antes indicada, siendo el único medio para salvar mi (la) vida o restaurar mi (la) salud, con los riesgos adversos y complicaciones comunes, a este tipo de intervención médica, reconocidos mundialmente. Dichas explicaciones científicas que me hicieron saber y que constan en el presente documento, las cuales entendí plenamente, así como los testigos presentes; por tanto en pleno uso de mis facultades niego mi consentimiento para que practiquen la Broncoscopia requerida, por lo que solicito en este acto, **CONCEDERME EL ALTA, PARA SALIR DEL HOSPITAL**, con pleno conocimiento de que los médicos del hospital, así como el Hospital Nacional Saldaña, no son responsables directa ni indirectamente de los riesgos o consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que pudiera correr fuera de las instalaciones del hospital, y por este medio los exoneró de cualquier responsabilidad por mí (la) negativa a (que) recibir el tratamiento médico requerido, ya que desde hoy las acepto.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad quienes también escucharon lo expresado por mi persona, así como la lectura del artículo tres y sesenta y cinco de la Constitución de la República. Así me exprese y leído que se hubo todo lo escrito íntegramente en un solo acto; manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien Autoriza Deniega Firma y Huellas

Nombre testigo _____
Edad: _____, profesión u oficio _____, domicilio _____
DUI N° _____ Firma Testigo _____

Nombre testigo _____
Edad: _____, profesión u oficio _____, domicilio _____
DUI N° _____ Firma Testigo _____

Nombre, Firma y sello médico _____

En _____, a las _____ horas del día _____ del mes de _____ de _____.



RAUL ROBERTO CASTILLO DURAN
DIRECTOR HOSPITAL SALDAÑA
CONTRATANTE