

Proceso: Asistencial	Versión: 3
Título: Consentimiento Informado	Código: CO-07
Vigente a partir de: Marzo de 2026	Página 2 de 2

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente, los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art.15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito, se pretende informar a usted y a sus familiares a cerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

El (la) paciente _____ de _____ años y con
Número de identificación _____ de _____
y/o el señor/señora _____ con número de identificación
_____ de _____ en calidad de Representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____, con Número de identificación _____ de _____, después de haber realizado una valoración médica, análisis de mi historia clínica y de los paraclínicos aportados y posterior a realizar una impresión diagnóstica me ha explicado que es necesario y conveniente por mi situación de salud, realizarme una BRONCOSCOPIA, CON LAVADO BRONQUIAL Y/O BRONCOALVEOLAR Y/O CEPILLADO, para lo cual se nos ha suministrado la siguiente información:

Definición del procedimiento: La videobroncoscopia Diagnóstica y Terapéutica (Fibrobroncoscopia, Broncoscopia, Broncofibroscopia) es una técnica de uso frecuente en el diagnóstico y tratamiento de una gran cantidad de enfermedades broncopulmonares. Es un procedimiento que, mediante la introducción por nariz o boca de un tubo flexible que permite la visualización del árbol bronquial. En algunos casos requiere de la intubación traqueal y la asistencia ventilatoria.

Ventajas: 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. La exploración es molesta y resulta incómoda, pero no suele ser dolorosa y generalmente se tolera bien. Se administra desde sedación hasta la anestesia general.

Porque se hace el procedimiento. La videobroncoscopia se realiza con fines diagnósticos, observar el árbol bronquial en busca de estrecheces, masas y/o cáncer. Los fines terapéuticos son la toma de biopsia, aspirados, lavados y cepillados bronquiales.

Preparación para el procedimiento: Debe estar en ayunas desde 8 horas antes. Comuníquese cualquier medicación que esté tomando. Debe traer todos los estudios Imagenológicos y si se realiza inhalaciones traer los inhaladores. Es necesario realizar una valoración preanestésica previamente.

Durante el procedimiento: Con el paciente habitualmente acostado y bajo sedación y/o anestesia, por una de las fosas nasales, boca o tubo endotraqueal, se introduce el broncoscopio. Se usa anestesia local en las zonas de paso (laringe, tráquea y bronquios). 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 biopsia transbronquial introduciendo la pinza a lo largo del bronquio fuera de la visión directa.

Después de procedimiento: Se traslada a la sala de recuperación, donde se espera a que pasen los efectos de sedantes o anestésicos. El Médico tratante entregará los resultados y se le asistirá para que se organice y posterior salida. Si se le tomaron muestras, se enviarán al laboratorio de microbiología y patología que su EPS le haya autorizado. Comprendo que debo recoger los resultados de patología y llevarlos al control de Neumología.

Complicaciones del procedimiento: Existen riesgos de la anestesia local como (reacción alérgica grave a los anestésicos locales que pueden llegar a producir shock anafiláctico) y de la sedación y/o anestesia, (depresión de la función cardiorrespiratoria que puede llegar a ser grave). Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables menores 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. Con menor frecuencia pueden producirse complicaciones mayores como hemorragia, hipotensión, hipertensión, neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón) o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, isquemia cerebral aguda que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad. La no realización puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento. Me han explicado que, además de los riesgos propios del procedimiento que se realizará, en consideración a la pandemia mundial derivada del **SARS COV 2 COVID 19**, actualmente todo procedimiento genera un riesgo de contagio de esta enfermedad.

Proceso: Asistencial	Versión: 3
Título: Consentimiento Informado	Código: CO-07
Vigente a partir de: Marzo de 2026	Página 2 de 2

Otras alternativas terapéuticas: Existen estudios radiológicos que permiten visualizar los campos pulmonares, sin embargo, no se puede tomar muestras, aspirado bronquial, cepillados. El único procedimiento que permite realizar de manera completa el diagnóstico y la toma de muestras es por videobroncoscopia de manera mínimamente invasiva. Otras alternativas implican cirugías mayores con administración de anestesia y hospitalización.

PARA EL PACIENTE

Debido a que la educación es una parte importante para el cuidado médico, a usted se le suministra esta autorización o consentimiento informado, que debe firmar, con el fin de prepararlo para el procedimiento y advertirlo de los posibles riesgos, complicación, incidentes y eventos adversos al realizarlo. Si usted tiene cualquier inquietud acerca de la Videobroncoscopia, de su resultado o del riesgo, no dude en hablar de ello con el médico, quien está altamente entrenado y despejará sus inquietudes.

Por medio de este documento manifiesto que he decidido libre y voluntariamente someterme al procedimiento de BRONCOSCOPIA, CON LAVADO BRONQUIAL Y/O BRONCOALVEOLAR Y/O CEPILLADO por lo que declaro que me han informado en lenguaje claro y sencillo el cual he comprendido, me han permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto, y por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida. En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir a CENDITER S.A.S, de mi Atención. Por lo tanto, autorizo para que se me realice el procedimiento de BRONCOSCOPIA, CON LAVADO BRONQUIAL Y/O BRONCOALVEOLAR Y/O CEPILLADO. Entiendo que, aunque los resultados no pueden garantizarse, CENDITER S.A.S y su equipo de profesionales de la Salud pondrán los medios para obtener el mejor de los resultados. Entiendo que durante el procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran de procedimientos adicionales, por lo tanto, Autorizo al Equipo de Salud de CENDITER S.A.S para realizar los procedimientos y para desplegar conductas requeridas en caso de presentarse alguna situación inadvertida o imprevista que a juicio del equipo tratante sean requeridas para preservar mi vida y mi integridad personal. También se me ha explicado que si no deseo que se realice algún procedimiento o intervención debo informarla en cualquier momento, para lo cual me explicaran los riesgos, beneficios, resultados y complicaciones que tiene tal decisión, frente a la conducta terapéutica indicada. Entiendo que, si no acepto el tratamiento aquí propuesto, puedo seguir recibiendo atención médica. Al momento de firmar este consentimiento informado deseo que no se realice la siguiente intervención: _____

Consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes de mi cuerpo, para fines médicos y de la interpretación de los estudios. Confirmando que, al momento de la firma de este consentimiento informado, todos los espacios en blanco están diligenciados.

ACEPTO

Que se me realice una BRONCOSCOPIA, CON LAVADO BRONQUIAL Y/O BRONCOALVEOLAR Y/O CEPILLADO

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Ciudad y fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Firma médico _____