

 Centro de Especialistas en Urología S.A.	PREPARACIÓN PARA BIOPSIA DE PRÓSTATA	CÓDIGO: FORC01	
		Versión 7	F.V. 11/02/2014
		Página 1 de 1	

Fecha: _____

Paciente: _____ C.C. _____ De: _____

A usted se le va a practicar una Biopsia transrectal de próstata, bajo guía ecográfica (ecodirigida) y una Ecografía transrectal de próstata, que consiste en la introducción de un pequeño tubo (ecógrafo) por el recto con el fin de identificar adecuadamente la próstata y tomar unas muestras de la misma (biopsia de próstata) para descartar malignidad. Este procedimiento se solicita cuando hay alguna alteración en el valor del antígeno prostático específico o en el tacto rectal y se realiza bajo anestesia local; aunque puede ser incomodo es muy bien tolerado, generando un leve dolor que pasa rápidamente.

Es importante seguir las siguientes recomendaciones como preparación al examen, de las cuales depende el éxito del procedimiento:

1. **Tomar el Antibiótico Ciprofloxacilina** 500 mg tabletas cada 12 horas por seis (6) días iniciando el día anterior.
2. **ENEMA TRAVAD** (lavado rectal) x 133 ml No. 2 Aplicar un lavado rectal la noche anterior al examen y otro cuatro horas antes del examen.
3. Traer Seis (6) frascos vacíos de parcial de orina.
4. Traer el resultado del examen sanguíneo antígeno prostático específico, más resultado de parcial de orina Inferior a un mes.
5. Venir con ropa cómoda.
6. Se puede desayunar y almorzar comida liviana el día del examen.
7. No ingerir ASPIRINA, ASPIRINETA, ASAWIN, MOTRIN, IBUPROFENO, MOBIC, DICLOFENACO, ALKA SELTZER, VOLTAREN, SAL DE FRUTAS, o cualquier otro analgésico o anti-inflamatorio, excepto ACETAMINOFEN, DOLEX, **diez (10) días antes del procedimiento.**
8. Si usted está recibiendo medicamentos anticoagulantes (Ejem: WARFARINA, CUMADIN, HEPARINA, etc.) ha tenido un infarto cardiaco en los últimos seis meses o tiene una prótesis valvular cardiaca, su examen **NO** puede ser realizado en esta institución y debe informar al médico tratante.
9. Si usted sufre de insuficiencia renal, recibe tratamiento de diálisis o es trasplantado renal, su examen **NO** puede ser realizado en esta Institución y debe ser remitido a una entidad de 3er nivel, por su entidad de salud.
10. Si en los últimos quince (15) días, le han practicado un tratamiento urológico, debe informar en el momento de solicitar la cita, para la debida programación.
11. Firmar el consentimiento informado, requisito indispensable para practicar el procedimiento.
12. Venir acompañado por una persona adulta.
13. Asistir el día del procedimiento treinta minutos antes de la cita. Es posible que se le solicite permanecer en la institución por un tiempo luego del procedimiento, por lo que le recomendamos hacer las previsiones adecuadas. Es necesario que disponga de tiempo suficiente para este examen, debido a que no es factible asegurarle el tiempo que requerirá (Aprox. 3 horas).
14. Recomendamos reposo el día del examen. Este examen no genera incapacidad médica, pero si usted lo requiere podemos entregar un certificado de asistencia.
15. Posterior al procedimiento, si persiste dolor, puede tomar **ACETAMINOFEN O DOLEX**. También puede presentar un leve sangrado por el recto, en la orina o en el semen y retención urinaria; los cuales generalmente desaparecen en las primeras 72 horas.
16. No son frecuentes las complicaciones más graves como infección, retención urinaria, sangrado abundante, fiebre, escalofrío, malestar. Si se presentan ocasionalmente, se requerirá hospitalizar al paciente.
17. En caso de presentar una complicación posterior al procedimiento, usted debe acudir a urgencias y comunicarse con su medico tratante o con nosotros. En su defecto debe asistir al centro de urgencias de su red de servicio médico.
18. Como beneficio para el paciente, CEUSA ofrece la alternativa de la aplicación del bloqueo de plejos (anestesia), que le brinda al paciente mayor bienestar, menos tensión y malestar, por un costo de **\$85.000.00.**
19. FAVOR REVISAR QUE LA ORDEN DEL EXAMEN, ESTÉ VIGENTE PARA EL DIA DE SU CITA.
20. **SU EXAMEN SERA REALIZADO EL DIA _____ A LAS _____ POR EL DR. _____**
21. Se recomienda no viajar fuera de la Ciudad en los 7 días posteriores a la realización del procedimiento.