



CONSENTIMIENTO INFORMADO: BIOPSIA PROSTATICA TRANSRECTAL ECOGUIADA.

INFORMACIÓN GENERAL

La biopsia prostática es una técnica que se lleva a cabo para poder diferenciar entre enfermedades benignas de la próstata de aquellas que no lo son, es decir, determinar si existe o no un cáncer de próstata en aquellos casos en los que el antígeno prostático se encuentra elevado, o en el tacto rectal se encuentra alguna lesión sospechosa de malignidad.

¿ EN QUÉ CONSISTE LA BIOPSIA PROSTÁTICA?

Consiste en la obtención de pequeños fragmentos de la próstata (10 o más) con una aguja especial para su posterior análisis microscópico anatomopatológico.

Se introduce un transductor de ultrasonido por vía rectal para visualizar la próstata y guiar la punción transrectal.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del protocolo por los hallazgos ecográficos para proporcionar una obtención más adecuada.

RIESGOS DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, y los específicos del procedimiento:

Complicaciones locales y menos graves

- ⊕ Hematoma en la zona de intervención
- ⊕ Hematuria (sangre en la orina), infección o dificultad al orinar
- ⊕ Uretorragia (aparición de sangre por la uretra y orina)
- ⊕ Rectorragias (aparición de sangre por el ano).
- ⊕ Hematospermia (aparición de sangre con la eyaculación).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven espontáneamente y no requieren tratamientos adicionales. Solamente en caso de que usted las considere muy severas comuníquese con su médico o con el servicio de urgencias que le corresponde.

También debe conocer que no siempre es posible obtener material suficiente para el análisis patológico, o que la muestra puede resultar no representativa, por lo que los resultados pueden ser negativos a pesar de la existencia de enfermedad.

Complicaciones graves menos frecuentes.

- ⊕ Reacciones alérgicas al anestésico local.
- ⊕ Sepsis e infección generalizada que requiere tratamiento intrahospitalario.

En caso de presentar **fiebre, chuchos, malestar general o dolor severo, consultar inmediatamente a un servicio de urgencias o a su médico tratante.**

La frecuencia y severidad de las complicaciones se incrementa cuando existen condiciones de salud especiales del paciente como edad avanzada, obesidad, anemia, diabetes o enfermedades debilitantes, obesidad, hipertensión arterial, entre otras.

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

En la actualidad el diagnóstico preciso de cáncer de próstata solamente se logra mediante la biopsia prostática; de allí se desprende que no hay otra alternativa para tal efecto. De no realizarse el procedimiento solicitado se estaría perdiendo la posibilidad de diagnosticar un cáncer en estado temprano y el tratamiento indicado.

CONSENTIMIENTO:

1. En pleno uso de mis facultades mentales autorizo al Doctor Alberto Andrés Boratti y a los asistentes de su elección, para realizar en mi o en el paciente el procedimiento de Punción Prostática Transrectal Ecoguiada.
2. Después del examen clínico practicado por el Médico tratante y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como las ventajas, complicaciones y riesgos que puedan producirse, en particular las siguientes:
3. Certifico que se me han explicado las diferentes alternativas de estudio propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente
4. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y salud asociados con todo procedimiento y tales riesgos me han sido explicados por los profesionales de la salud.
5. Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación de la salud.
6. Entiendo que en el curso de la intervención, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos., si así lo considera el cuerpo médico
7. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias, por parte del médico, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Firma _____

Aclaración _____

Numero de Documento: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo.

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Certifico que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta intervención quirúrgica o procedimiento especial y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, comprende completamente lo explicado.

NEGACION O REVOCACION:

Yo, _____, después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y conciente mi denegación / revocación (táchese lo que no corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma _____

Aclaración _____

Numero de Documento: _____