



ZISTOGRAFIA CISTOGRAFIA

ZISTOGRAFIAren helburua maskuria aztertzea da, gernu-infekzioaren arrazoiak detektatzeko eta gernu-inkontinentziaren eta txiza egiteko arazoaren balorazioa egiteko.

Zistografia egiteko, zunda txiki bat sartzen da uretratik (gernu-hodiaren atalik kanpokoena), eta haren bidez injektatzen da kontrastea.

Miaketak gehienez 30 minutu iraun ohi ditu, eta, oro har, ongi onartzen du pazienteak.

GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK

- **IODODUN KONTRASTEETI ALERGIA** badiezu, horren berri eman beharko diozu bai proba eskatzen duen medikuari, bai eta erradiologoari ere.
- Era berean, **MEDIKAMENTUREN BATI ALERGIA** badiozu (dokumentatua), horren berri ere eman beharko diozu medikuari. Kasu horretan, aldeztu aurretik zehaztutako medikamentazioa emango dizute, zistouretrografia egin aurretik har dezazun.
- Halaber, **GAIXOTASUN EZAGUNEN BAT** baduzu (bihotza, giltzurrunak, asma), esaiozu medikuari.
- Erradiazio ionizatzailea erabiltzen den edozein miaketatan bezalaxe, **EZINGO DIZUTE HURA EZARRI, BALDIN ETA HAURDUN BAZAUDE, EDO HAURDUN ZAUDELA USTE BADUZU.**

PAZIENTEAREN PRESTAKUNTZA

Ez da beharrezkoa.

BEREN BEREGI EMANDAKO BAIMENA

Praktika Kliniko Egokiak eta pazienteen eskubideen defentsa direla-eta, idatziz eskatu behar dizugu proba egin ahal izateko baimen formal bat. Beraz, proba-eskaeraren egunean **baimen informatu** bat jasoko duzu, eta hura sinatu ezean, ezinezkoa izango da proba egitea.

La **CISTOGRAFÍA** tiene como objetivo el estudio de la vejiga urinaria con objeto de poder detectar causas de infección urinaria, valoración de la incontinencia de orina y de las dificultades de micción.

Para su realización, se inyecta un medio de contraste, a través de una pequeña sonda que introducimos por la uretra (conducto más externo de la vía urinaria).

La exploración no suele durar más de 30 minutos y en general se tolera bien.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Deberá advertir al médico que solicita la prueba y al radiólogo si es Ud. **ALÉRGICO A LOS CONTRASTES YODADOS.**
- También debe advertir si padece **ALGUNA ALERGIA MEDICAMENTOSA** (documentada), en cuyo caso deberá tomar una medicación previa, ya pautada, que se le facilitará.
- También notifique si padece **ALGUNA ENFERMEDAD CONOCIDA** (corazón, riñón, asma).
- Como en toda exploración que emplea radiación ionizante, **NO DEBERÁ SOMETERSE A ELLA SI ESTÁ EMBARAZADA O SUPONE ESTARLO.**

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

No se requiere.

AUTORIZACIÓN EXPRESA

Las Buenas Prácticas Clínicas y la defensa de los derechos de los pacientes nos obligan a solicitarle, por escrito, una autorización formal para poder realizarle la prueba. Por lo tanto, el día de la solicitud de la prueba le será entregado un **Consentimiento Informado** sin cuya firma no podrá realizarse dicha prueba.