

**DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CISTOGRAFÍA**

Paciente	Historia	Habitación
Nombre Paciente: .....		
Dr: .....		
C.I.A.: .....		
Planta: .....		
F. Ingreso: .....	F. Nacimiento: .....	

**1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Tiene como finalidad la repleción, con medio de contraste, de la vejiga urinaria para diagnosticar alteraciones que pueden afectar al aparato urinario (malformaciones, reflujo vesicoureteral, etc.).

El paciente pasa a la sala de exploración donde se le practica una radiografía de abdomen. Luego se introduce una sonda de plástico blanda por la uretra y se vacía la vejiga. A continuar se empieza a rellenar con la sustancia del contraste. Este proceso se controla por radioscopia y se practican radiografías. Cuando la vejiga está llena y el paciente tiene ganas de orinar finaliza la introducción de contraste. Después el paciente micciona y se le practican radiografías durante la micción y una última al acabar de orinar.

La exploración dura, aproximadamente, 30 minutos, aunque no es infrecuente que su duración se prolongue debido a que es imprescindible realizar radiografía durante la micción y que se requiere la colaboración del paciente.

Al paciente se le administra protección antibiótica para evitar posibles infecciones. No precisa ningún cuidado especial.

**2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR**

Está indicada en la infección urinaria porque permite ver, de forma muy clara, la posible existencia de un reflujo vesicoureteral, proceso frecuente en la edad pediátrica y que es la causante de la mayoría de estas infecciones.

Permite descartar o confirmar el reflujo vesicoureteral origen frecuente de infección urinaria en el niño. Además de diagnosticar otras posibles causas de infección urinaria.

**3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

La ecocistografía o la Cistografía isotópica. Esta última es un técnica de Medicina Nuclear. La primera no irradia y la segunda irradia muy poco. Pera la calidad y definición de la imagen es muy superior con la Cistografía por lo que cada una tiene su indicación.

**4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Las descritas en el apartado de beneficios

**5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN**

Se carece de información correcta sobre una posible enfermedad, el reflujo vesicoureteral, cuyo tratamiento es médico y, en muy pocos casos, quirúrgicos. Tratado a tiempo no deja secuelas o son de poca importancia. De no tratarse la infección acaba destruyendo los riñones quedando, a medio plazo, como única alternativa el trasplante.

**6. RIESGOS FRECUENTES**

Técnica:

El procedimiento es totalmente seguro. Existe, sólo, una pequeña molestia pasajera durante la introducción de la sonda en la uretra. En muy raras ocasiones se producen espasmos pasajeros de la uretra. Estos espasmos pueden hacer difícil la retirada de la sonda.

El algún caso excepcional, puede haber un pequeño sangrado por la irritación que provoca la sonda. Igualmente puede producirse sangrado secundario a trauma de uretra durante o tras el sondaje.

Irradiación:

Es una técnica que utiliza radiaciones ionizantes por lo que, dada la gran sensibilidad y potencial de vida de la población infantil, se realiza, sólo, cuando hay una indicación precisa. Como orientación cabe advertir que la dosis recibida por el paciente con la práctica de una Cistografía (2.5 mSv) equivale a la de 125 radiografías de tórax y es similar a lo que supondría 14 meses de radiación ambiente.

**7. RIESGOS POCO FRECUENTES**

Reacción adversa al contraste:

La sustancia de contraste contiene yodo pero, dado que no se administra por vía venosa, la posibilidad de reacción alérgica es mínimo y, cuando la hay, suele ser leve.

### 8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Conviene que comunique si se le ha realizado, previamente, estudios con contraste y ha habido alguna reacción o si hay alergias conocidas a medicamentos u otras sustancias.

Puesto que, para introducir el contraste, se utiliza una sonda que puede llevar látex, debe indicar si es alérgico al mismo, ya que hay riesgo de reacción.

### 9. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en.....  
.....,DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en  
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente.....

#### DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº: .....

### 10. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....