



Instrucciones de alta para una Histerosalpingografía

Una histerosalpingografía (HSG) es un procedimiento que utiliza fluoroscopia (rayos X en movimiento) y contraste (tinte de rayos X) para visualizar y evaluar la condición y la forma del útero y las trompas de Falopio.

¿Cuáles son los riesgos asociados con HSG?

Los problemas graves después de una HSG son poco frecuentes. Incluyen una reacción alérgica al tinte, lesiones en el útero, sangrado o infección pélvica.

Instrucciones Post Operatorias:

- Puede experimentar manchas vaginales (sangrado) y calambres pélvicos durante 1 día después del procedimiento. Puede usar almohadillas para cualquier secreción o sangrado que experimente.
- No use tampones, duchas ni tenga relaciones sexuales durante 24 horas después del examen.
- Puede tomar ibuprofeno o Tylenol según sea necesario para los calambres.
- Su médico será contactado con los resultados de su prueba y discutirá los resultados con usted.

Por favor llame al doctor que pidió este examen o a su médico de cabecera si nota cualquiera de los síntomas siguientes:

- Dolor que aumenta progresivamente
- Sangrado intenso o fiebre (mas de 100.6°F) en cualquier momento después del procedimiento
- Descargas vaginales malolientes
- Vómito

Busque cuidado de URGENCIAS si tiene:

- Desmayo
- Dolor abdominal intenso o calambres
- Sangrado vaginal profuso
- Fiebre o escalofríos
- Dolor de pecho
- Sangrado continuo
- Confusión u otro cambio en su estado mental
- Dificultad respirando o falta de aliento
- Hinchazón progresiva en cualquier área del cuerpo
- Dolor abdominal fuerte o sentido de vientre hinchado
- Mareo o sensación de que va a perder el conocimiento

Si tiene una emergencia, vaya directamente a la sala de urgencias más cercana o llame al 911. No espere a que nuestra oficina se comuniqué con usted.

Para comunicarse con Teton Radiology llame al 208-524-7237 en Idaho Falls o al 208-356-4888 en Rexburg.

(Nombre del paciente – favor de usa letra de imprenta)

Su radiólogo fue:

Yo entiendo la información antecedente.

(Firma del paciente o miembro de familia) Fecha

Revisado conmigo por:

(Tecnólogo o enfermera/o) Fecha