

# ESTUDO URODINÁMICO

## 1. Que é?

O estudo urodinámico é un procedemento que permite valorar o funcionamento da vexiga e esfínteres en relación coa súa capacidade de almacenamento e evacuación dos ouriños.

## 2. Para que serve?

Serve para obter un diagnóstico para instaurar o tratamento máis apropiado. Permite o rexistro das presións que manexa a vexiga durante estas dúas fases en busca de anormalidades.

Adóitase realizar a pacientes con problemas miccionales, en enfermidades neurolóxicas, en lesións medulares, en enfermos con incontinencia de ouriños e en pacientes con dificultade miccional sen causa orgánica aparente.

## 3. Como se realiza?

Para a súa realización requírese a colocación de sondas de pequeno calibre e eléctrodos que van medir as presións xeradas en vexiga, uretra, recto e a actividade eléctrica do esfínter uretral.

Realízase habitualmente en réxime ambulatorio e baixo anestesia local (xel anestésico na uretra) para minimizar as molestias que se poidan ocasionar facéndoas tolerables.

## 4. Cales son os riscos?

A pesar da adecuada elección da técnica e da súa correcta realización poden presentarse efectos indesexables.

### Frecuentes e leves:

- Molestias urinarias secundarias a sondaxe.
- Infección urinaria.
- Presenza de sangue nos ouriños (hematuria).

### Máis graves e menos frecuentes:

- Reacción vagal con mareo ou lipotimia, de intensidade e gravidade variable;
- Inflamación e infección testicular;
- Sepsis e infección xeneralizada, que pode resultar grave, incluíndo risco para a súa vida;
- Reaccións alérxicas ou efectos secundarios aos medicamentos que é preciso administrarlle.

Habitualmente estes problemas resólvense ben con tratamento médico (medicamentos, soros, etc.).

En caso de non realizarse o exame, a súa avaliación diagnóstica podería quedar incompleta, limitando en gran medida o tratamento posible.

## 5. Cales son as alternativas?

Non existen alternativas razoables a este procedemento.

*Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.*

## **RISCOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. .... maior de idade, con  
D.N.I.: ....., veciño/a de ..... rúa .....  
..... Nº ....., teléfono .....

### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. .... en  
data ...../...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:  
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e  
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así  
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas  
satisfactoriamente.

### CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de ..... a que me practiquen o  
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de  
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para  
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna. ...., con D.N.I.: .....  
en calidade de .....

Asino dous exemplares en A Coruña, a ..... de ..... de .....

**Sinatura do/a paciente**

**Sinatura do/a representante legal**

**Sinatura do/a facultativo/a**

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**

Data: ...../...../.....