

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** es una técnica que consiste en la estimulación eléctrica del nervio tibial, con el fin de mejorar síntomas urinarios.

**2. ¿Cómo se realiza?:** mediante la inserción de una aguja de acupuntura (estimulación transcutánea) o un parche (estimulación transdérmica) a nivel de la parte interna del tobillo, se realiza estimulación eléctrica con un aparato de 9V hasta que se percibe la sensación (cosquilleo, calambre, etc) y se disminuye 1 punto la intensidad para que la sensación no sea molesta. El procedimiento se realiza durante ½ hora-1 hora, habitualmente durante 12 sesiones. No precisa anestesia.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** los riesgos aparecen en menos del 10% de los/las pacientes:

- Más frecuentes: dolor leve en la zona de la estimulación, cambios en la sensación percibida (“descargas” o “sacudidas”) en la pierna estimulada, sensación de cansancio en dicha pierna.
- No se ha establecido la seguridad de este dispositivo en caso de embarazo.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** la estimulación eléctrica de los nervios modula las sensaciones que percibimos a través de ellos. Por tanto, disminuirá la urgencia para orinar, y la frecuencia de veces que orina. Puede disminuir también los escapes de orina. En otros casos puede ser útil para mejorar el dolor pélvico crónico o los problemas de retención urinaria. Si no nota dicha mejoría tras 6 sesiones de tratamiento, es probable que en su caso el tratamiento no sea efectivo.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia de los síntomas.

**6. Alternativas:** tratamiento oral con medicación, inyección de toxina botulínica en el músculo de la vejiga o colocación de marcapasos urinario.

**7. Riesgos en función de su situación:** situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

# UROLOGÍA

## Estimulación eléctrica nervio tibial

### DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

#### DATOS PACIENTE

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO(CALLE/PLAZA,NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREOELECTRÓNICO

#### DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHANACIMIENTO	EN CALIDADDE
-----------	--------	-----	-----------------	--------------

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM.COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	-----------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento                       No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LADECLARACIÓNDE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### RENUNCIAAL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente/su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente/ su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_