

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMO - AXILAR.**

Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ .

Compañía: \_\_\_\_\_ .

Nº de Historia: \_\_\_\_\_ .

DNI: \_\_\_\_\_ .

Don/Doña: \_\_\_\_\_ .

Edad: \_\_\_\_\_ .

En calidad de representante legal, con DNI: \_\_\_\_\_ .

El Doctor/a:

De la Unidad de Cirugía Torácica me ha explicado de forma clara y que he comprendido que es preciso, dado el proceso clínico que presento, la realización de **L. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMO - AXILAR** o \_\_\_\_\_.

**1.- Objetivo de la intervención:** mediante esta intervención se pretende disminuir o incluso eliminar la sudoración excesiva que presento en manos y axilas. O en otra localización subsidiaria de este tipo de tratamiento quirúrgico: \_\_\_\_\_ . Esta sudoración excesiva interfiere de forma significativa en mi vida social y/o laboral y ha tenido escasa o nula mejoría con tratamientos más conservadores.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

**2.- Cómo se realiza:** a través de dos pequeñas incisiones, una en cada axila se accede a cada una de las cavidades pleurales donde se identifica la cadena simpática torácica, localizada paralela a la columna vertebral. Posteriormente se procede a la sección de dicha cadena nerviosa a distintos niveles, en función de la extensión de la hipersudoración y los resultados que se desea obtener (a más niveles seccionados, menor sudoración en manos y axilas pero mayor probabilidad de efectos indeseables, fundamentalmente la hipersudoración compensatoria). Tras la sección de la cadena nerviosa se aspira el aire que se deja entrar en la cavidad pleural durante la intervención y se sutura el orificio.

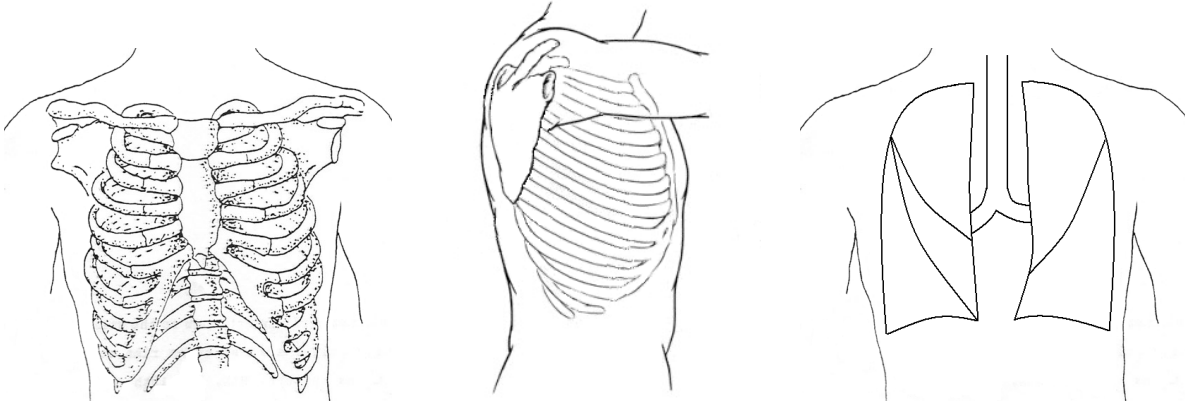
En algunos casos es preciso dejar, de forma transitoria, un pequeño drenaje a través de la herida quirúrgica para la salida de aire y/o líquido. Este drenaje se suele retirar a las pocas horas tras la intervención.

Se trata de una intervención irreversible ya que se realiza una sección de la cadena nerviosa que posteriormente es muy difícil de reparar y con resultados muy pobres. Existe la posibilidad de no seccionar la cadena simpática torácica y realizar una interrupción de la misma con clips metálicos o realizar una lesión de la misma con crioterapia sin sección. No obstante los resultados de estas técnicas no son iguales de satisfactorios y tampoco aseguran la reversibilidad del procedimiento.

Se me ha informado de que debido a hallazgos intraoperatorios o a los resultados del análisis de muestras tomadas durante la intervención, es posible que haya que modificar el procedimiento planificado previamente.



### 3.- Imágenes o esquemas explicativos:



**4.- Anestesia y administración de sangre y hemoderivados:** he sido advertido/a de que es precisa la administración de anestesia local o general y que es posible que (excepcionalmente) durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

**5.- Riesgos derivados de la intervención:** he sido informado/a de que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos que pueden llegar a ser muy graves: infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, fugas aéreas persistentes y dolor prolongado en la zona de la operación. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención. Aunque es muy bajo, existe el riesgo de mortalidad durante el procedimiento o en el periodo postoperatorio.

En esta intervención concreta, existe el riesgo particular de desarrollar una hipersudoración compensatoria (sudoración excesiva por otra zona del cuerpo en respuesta a la interrupción de la sudoración en manos y axilas). Esta hipersudoración puede llegar a ser muy molesta, tanto o más que la inicial de manos y axilas. Como se trata de un procedimiento irreversible, la hipersudoración compensatoria también puede serlo, aunque es posible cierto grado de mejoría con el tiempo.

La probabilidad de hipersudoración compensatoria es mayor en aquellos pacientes que, previamente a la sudoración, ya presentaban una sudoración abundante generalizada (por todo el cuerpo).

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda influir en el transcurso de la intervención o en el postoperatorio.

Por las patologías acompañantes que presento de forma concreta (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc \_\_\_\_\_) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: \_\_\_\_\_.

He entendido la información que se me ha transmitido en un lenguaje claro y sencillo. El médico que me ha atendido ha permitido que le realice las observaciones que he considerado pertinentes y me ha aclarado todas las dudas que me han surgido.

**6.- Posibilidad de cambio de opinión respecto al procedimiento:** se me ha transmitido y tengo claro que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

**CONSENTIMIENTO:** con el siguiente consentimiento pongo de manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que entiendo la necesidad y la técnica del procedimiento quirúrgico, así como los riesgos del mismo.

En este caso concreto: **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS PALMO - AXILAR.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ .

Compañía: \_\_\_\_\_ N° de Historia: \_\_\_\_\_ .

DNI: \_\_\_\_\_ .

Don/Doña: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ .

En calidad de representante legal, con DNI: \_\_\_\_\_ .

REVOCO el consentimiento para la intervención que se me propuso, con fecha de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir con la intervención.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Fdo: El/la Médico.

Fdo: El/la Paciente.

Fdo: El representante legal, familiar o allegado.