


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Simpatectomía Torácica Laparoscópica	FL-CDM-77
		Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar)**

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

En términos sencillos la hiperhidrosis es la sudoración excesiva por palmas de las manos, axilas o plantas de los pies, producida por la estimulación exagerada de las glándulas sudoríparas controladas por los nervios simpáticos y que cuando no responde a tratamiento médico puede ser corregida mediante una intervención quirúrgica.

## EN QUE CONSISTE LAS IMPATECTOMIA TORACICA LAPAROSCOPICA

El paciente está sentado en la mesa de quirófano con una inclinación de 70° y los brazos en cruz, todo ello para permitir el acceso a los dos hemitorax sin tener que cambiar la posición del paciente durante la intervención. Primero se interviene el lado derecho, realizando una pequeña incisión en la región axilar o submamaria para introducir la óptica de visión y la pinza de trabajo. Con la cámara localizamos la cadena nerviosa ral y con una pinza se corta dicha cadena nerviosa. Después se coloca un drenaje torácico a través del orificio por el que hemos realizado la intervención y procedemos a realizar el mismo proceso en el lado izquierdo. Al acabar el lado izquierdo tan bien se coloca un drenaje; los dos drenajes se retiran antes de despertar al paciente, si no ha habido ningún problema durante la intervención. Tras la abrasión se coloca un drenaje torácico aprovechando uno de los orificios que se ha utilizado durante la intervención y se cierran los otros dos.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

## RIESGOS DE LA SIMPATECTOMIA TORACICA LAPAROSCOPICA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

### Complicaciones quirúrgicas:

- Persistencia de cámara de aire tras la retirada de los drenajes colocados durante la intervención, lo suficientemente grande para colocar un nuevo drenaje.
- Sangrado durante la intervención que obligue a no retirar el drenaje tras finalizar la intervención.
- Existencia de adherencias del pulmón a la pleura que envuelve las costillas, y cuyo despegamiento pudiera provocar pequeñas pérdidas de aire que también obligarían a dejar el drenaje hasta que estas pérdidas desapareciesen
- Sangrado de vasos intercostales o subclavios o perdidos de aire lo suficientemente importante y no controlados por videotoroscopia para tener que realizar toracotomía (en nuestra experiencia no hemos tenido ningún caso.)

### Efectos secundarios:


- Sequedad excesiva de las palmas que obliga a la utilización de cremas hidratantes.
- Sudoraciones compensatoria; es la aparición de sudoración por zonas por donde anteriormente no se sudaba o era una sudoración ligera: esta sudoración puede aparecer en la espalda, zona anterior del pecho o cara interna de los muslos. Puede durar meses e ir disminuyendo progresivamente o no desaparecer nunca. Puede aparecer hasta en el 40-50% de los casos.
- Disminución ritmo cardiaco.
- Con un porcentaje aproximado del 1/1000 se ha descrito la aparición del Síndrome de Homer, que consiste en la caída del párpado superior, disminución del tamaño de la pupila y la disminución de la sudoración en la mitad de la cara del mismo lado.
- En las mujeres puede aparecer sensación de ingurgitación de las mamas como en los días anteriores a la menstruación. Aparece en menos del 15% de los casos y cede espontáneamente en pocas semanas. Puede aparecer también hipersensibilidad en los pezones.
- En menos del 5% de los casos se describe la aparición de sudoración excesiva por la cara y parte posterior de la cabeza, que puede persistir o desaparecer en unos meses. También puede darse el caso contrario, es decir, aparición de sequedad facial.
- Sabor salado de la saliva en el 2% de los casos.
- Recidiva o reaparición de la sudoración en el 1% de los casos.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p><b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p><b>Simpatectomía Torácica Laparoscópica</b></p>	<p>FL-CDM-77</p>
		<p>Rev. 03</p>

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

---

**QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY**

Intervención de cirugía plástica consistente en la excisión y liposucción de las axilas, aunque solo sería de utilidad en hipersudoración axilar.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **SIMPATECTOMÍA TORÁCICA LAPAROSCÓPICA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **SIMPATECTOMÍA TORÁCICA LAPAROSCÓPICA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **SIMPATECTOMÍA TORÁCICA LAPAROSCÓPICA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_