

# Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de hiperhidrosis palmar primaria

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña \_\_\_\_\_  
con DNI número \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del niño  
\_\_\_\_\_, con la Historia Clínica nº \_\_\_\_\_

## DECLARO

Que el Dr. /Dra. \_\_\_\_\_ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis palmar primaria, consistente en una simpatectomía toracoscópica.

1. El propósito principal de la intervención es evitar la exagerada función de las glándulas sudoríparas de las manos, que produce la humedad constante de las mismas.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en introducir una óptica en la cavidad torácica a través de una pequeña incisión entre dos costillas. Una vez dentro se aparta el pulmón, se identifica la cadena nerviosa simpática, que discurre sobre la cara interna de las costillas, y se secciona la misma, con electrocoagulación, a la altura de los ganglios 2º, 3º y 4º. De ahí es de donde parten los nervios que estimulan las glándulas sudoríparas de las manos, por lo que al desaparecer el estímulo desaparece el sudor. Se repite el mismo procedimiento en el otro lado.
4. Las posibles alternativas son la aplicación de tratamiento médico de por vida, que solo alivia de forma temporal la hipersudoración.
5. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención serán: sequedad permanente de las manos en el 99% de los casos, y también, aunque en menor porcentaje, en las axilas y en los pies; como efecto colateral, en 80% de los casos, se produce un aumento del sudor en la zona del tronco (sudoración compensatoria)
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser:
  - Ptosis palpebral (caída del párpado) y miosis (contracción de la pupila) que puede desaparecer en meses o ser definitivas.
  - Lesión de estructuras vasculares (hemorragia) y vísceras torácicas durante el procedimiento.
  - Riesgo de reacciones cardiovasculares vegetativas.
  - Infección de la herida quirúrgica.
  - Neumotórax (aire dentro del tórax) y enfisema subcutáneo (aire entre los tejidos de la piel y músculos)
  - Dolor temporal en la zona de las incisiones, durante unas semanas.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como

quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: \_\_\_\_\_
10. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
11. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que ello comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de hiperhidrosis palmar primaria de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podre revocar en cualquier momento.

En consecuencia, doy mi **Consentimiento** para la intervención quirúrgica de hiperhidrosis palmar primaria:

<b>Nombre de la persona que autoriza</b> (padre, madre, tutor legal) y <b>VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>	<b>Médico informante</b>
Sr. /Sra. _____ .. _____ DNI.: _____	Dr. /Dra.: _____ Nº Col. / C.N.P. _____
Firma autorizada: _____ VºBº niño	Firma: _____
Fecha: _____ , año _____ , de _____ de 20__	

<b>NO AUTORIZO LA RELIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<b>Nombre de la persona que NO AUTORIZA</b> (Padre, Madre, Tutor legal) y <b>VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)</b>	<b>Medico informante</b>	<b>Testigo</b>
Sr. /Sra. _____ . _____ DNI.: _____	Dr. / Dra.: _____ Nº Col. _____ ..	D. /Dña. _____ .. _____ DNI.: _____ ..
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
En _____ , año _____ , de _____ de 20__		

<b>REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO</b>	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha _____ , y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con esta fecha por finalizado.	
Nombre: _____	Dr. /Dra. _____ ..
Firma: _____	Firma: _____
En _____ , a _____ , de _____ de 20__	