

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en realizar una amputación de la extremidad inferior enferma (falta de riego sanguíneo, infección severa o por cáncer), hasta un nivel que el cirujano considere seguro para la cicatrización, por encima o por debajo de la rodilla. A tal fin, van a ser seccionados los tejidos blandos sobre el hueso, el paquete vásculo-nervioso y asimismo el hueso. Posteriormente se suturará, si es posible, y los tejidos blandos del área y la piel cubrirán la zona amputada formando el muñón. Si no es posible, la herida quedará abierta para que cicatrice por “segunda intención” (con el crecimiento de tejido nuevo).

Si no se corta la zona afectada, las sustancias tóxicas que pasan a la sangre también producen alteraciones en muchos órganos y una infección general grave que podría poner en peligro la vida.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

La finalidad de la amputación es controlar el dolor y evitar sobreinfecciones que puedan poner en peligro la vida.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

La amputación siempre implica la falta permanente del miembro seccionado, puesto que una extremidad amputada no se regenera nunca.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Hematoma.
- Infección o necrosis de los tejidos vecinos.
- Síndrome del miembro fantasma (sentir que la zona amputada todavía existe).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Gangrena del muñón de la extremidad amputada que exija una nueva amputación a un nivel más elevado.
- Pérdida de la movilidad en las articulaciones próximas a la zona lesionada, contracturas y pérdida de fuerza de los músculos del área.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica

- Infección o sangrado con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.

- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “AMPUTACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: