

Consentimiento Informado para Amputación de Extremidades Inferiores

Cirugía Vascular

Consentimiento Informado para Amputación de Extremidades Inferiores

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para
AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

INFORMACIÓN GENERAL

La información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado mis dudas, respecto del procedimiento denominado Amputación de extremidades inferiores, información que se ha referido entre otros, a los siguientes puntos:

- 1) La cirugía que se va a realizar se debe a que, producto de diferentes condiciones (alteración severa de la circulación en la extremidad, infecciones graves, traumatismos u otras) existe imposibilidad de recuperar el segmento de extremidad comprometido, llevando a provocar extensas lesiones irreversibles, con necrosis y eventual infección de tejidos, que puede desencadenar dolor intratable y progresión de la infección, con riesgo vital para el paciente.
- 2) . La amputación es un procedimiento que consiste en la separación definitiva de una parte o de toda la extremidad, existiendo diferentes niveles para ser realizada, dependiendo principalmente del segmento de la extremidad comprometido, el grado de vascularización que garantice la cicatrización del muñón, capacidad de rehabilitación, grado de funcionalidad para una eventual futura prótesis y las condiciones del paciente (enfermedades concomitantes, grado de postración previo)
- 3) La amputación se debe realizar a través de tejidos sanos y en el procedimiento quirúrgico, se secciona piel, músculos, nervios, vasos sanguíneos y hueso, debiendo existir una longitud adecuada para la eventual posterior utilización de prótesis. En muchos casos, especialmente cuando existen infecciones asociadas, es necesario dejar el muñón de amputación abierto y, eventualmente, realizar un segundo procedimiento quirúrgico para garantizar la cicatrización del muñón
- 4) Dependiendo de la extensión de las lesiones que encontremos, y de las previsiones de una rehabilitación posterior, la amputación puede ser:
 - Amputación Menor: dedos o parte del pie, intentando conservar el apoyo, especialmente del talón.
 - Amputación Mayor: por encima o por debajo de la rodilla, en función de la extensión de la enfermedad.

En su caso, se practicará amputación (señalar nivel)

De la extremidad inferior (señalar lado)

Cabe la posibilidad, que durante la cirugía haya que realizar modificaciones de la técnica, por los hallazgos intra operatorios, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el Anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias.

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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, reacciones alérgicas a medicamentos, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo infeccioso (sepsis, falla orgánica múltiple), cardiológico (infarto la miocardio, arritmias intraoperatorias) o respiratorio (neumonía, atelectasias), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, enfermedad oclusiva arterial, infección previa, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).

Dentro de las complicaciones propias de una amputación se encuentran:

- Erosiones y lesiones de piel del muñón de amputación
- Dolor severo de la zona operatoria
- Hematomas de la herida o del muñón de amputación
- Sangrado del muñón
- Infección del muñón y formación de colecciones
- Dolor fantasma (dolor referido al segmento amputado)
- Neuromas
- Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar.

La mayoría de estas complicaciones se resuelven con tratamiento conservador (antibióticos, analgésicos, curaciones, etc.), pero en algunos casos, para su solución, pueden requerir la realización de una re intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es infrecuente en este tipo de procedimientos.

La alternativa al tratamiento quirúrgico planteado es la abstención terapéutica, con lo cual se asume el riesgo de complicaciones como son, entre otras, el dolor intratable o la progresión de la infección, con el consiguiente aumento de las posibilidades de un cuadro más generalizado, que ponga en riesgo la vida del paciente

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).