



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
AMPUTACIÓN MAYOR:
SYME, SUPRACONDÍLEA E INFRACONDÍLEA

1. ¿QUÉ ES?

Por distintos motivos puede dejar de llegar sangre a una pierna (o una parte) sin posibilidad de repararla. En otras situaciones es una infección del pie o pierna que no se puede limitar, o, ha producido mucha destrucción de tejido o necrosis (gangrena). Esa circunstancia puede poner en peligro la vida del paciente o ser un foco de complicaciones o tener un pie o pierna inviable desde el punto de vista funcional. Dicha zona puede quedar localizada a nivel de los dedos del pie o a parte del pie o incluso involucrar a toda la pierna.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

Esta intervención consiste en *cutar la pierna*. Puede realizarse a distintos niveles dependiendo de la situación de la pierna y de la zona que se considera segura para la cicatrización de la herida o adecuada para mi rehabilitación si esta es posible.

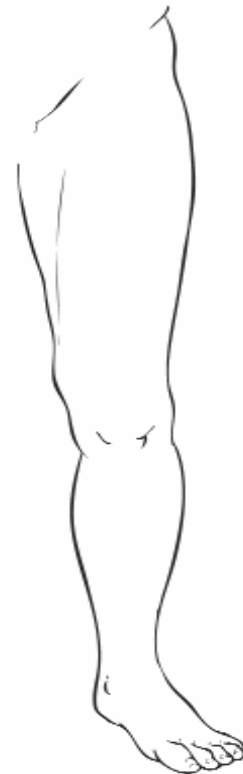
En mi caso se ha considerado más adecuada una amputación:

.....

Lo normal es que la anestesia sea epidural/espinal, de cintura para abajo, también puede ser general, aunque dependerá de los anestesiólogos y ellos le explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

Es posible que durante o después de la operación necesite una transfusión de sangre o derivados. Me informarán desde el Banco de Sangre, pero es necesario decírselo a mi médico si tengo algún problema al respecto.

El objetivo fundamental de esta intervención es evitar los dolores que padece, evitar que progrese la infección o gangrena, o lograr un nivel de amputación más adecuado para la rehabilitación.



3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

Los riesgos vitales son poco frecuentes; aunque como en todo acto médico, y especialmente por la necesidad de utilizar en algunos casos anestesia general para realizar este procedimiento, podrían llegar a producirse. Estos riesgos de cirugía mayor están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente (Infarto de miocardio, neumonía, fallo cardíaco, insuficiencia renal, isquemia cerebral, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia respiratoria, infección urinaria...).

Puede ocurrir con cierta frecuencia que aparezca alguna complicación a nivel de la herida (hematomas, líquido acumulado (seroma) o infecciones, incluso dehiscencia del muñón; o puede quedar la sensación de tener aún la zona amputada (miembro fantasma) y puede mantenerse durante mucho tiempo.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
AMPUTACIÓN MAYOR:
SYME, SUPRACONDÍLEA E INFRACONDÍLEA

Con menos frecuencia, el muñón puede no recibir suficiente sangre y quedarse frío, amoratado o que aparezcan heridas (isquemia del muñón), pudiendo necesitar nuevas operaciones y a veces una amputación más arriba.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Si la evolución es correcta y dependiendo del estado físico, es esperable que pueda ser dado de alta en 3-5 días.

Después de la amputación y dependiendo de mi situación general, se podrán iniciar ejercicios de rehabilitación para intentar colocar en el futuro una prótesis que me permita volver a caminar, pero he comprendido y aceptado que NO siempre se puede conseguir.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no llevarse a cabo la intervención existe la posibilidad de que las lesiones se hagan mayores y después sea necesaria una amputación más arriba. Si no se corta la pierna, las sustancias tóxicas que pasan a la sangre también producen alteraciones en muchos órganos e incluso una infección general grave (sepsis) que puede ser mortal en un tiempo variable.

6. ALTERNATIVAS

Me ha informado que, en la situación actual, NO es posible recuperar la pierna. La única alternativa sería no cortarla y continuar con tratamiento y curas, asumiendo los riesgos comentados en el apartado 5.

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Cualquiera de las complicaciones generales (insuficiencia respiratoria, complicaciones cardiológicas, renales...) son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas y en función de la edad del paciente.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
AMPUTACIÓN MAYOR:
SYME, SUPRACONDÍLEA E INFRACONDÍLEA

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____ Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En _____ a _____ de _____ de 20_____.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____