

Cirugía para amputaciones mayores

1. Identificación y descripción del procedimiento

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones complementarias oportunas, encontrando un déficit muy importante de circulación en su pierna, por este motivo le aconsejamos que se someta a la amputación de la extremidad ya sea por encima o por debajo de la rodilla.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo fundamental de la intervención es evitarle los dolores que padece y la progresión de la gangrena.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existe una alternativa razonable.

4. Consecuencias previsibles de su realización

En caso de cumplirse los objetivos y dependiendo de su estado físico, se espera que pueda ser dado de alta en 4-5 días y que pueda ser tributario de la colocación de una prótesis que le permita la deambulación.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En caso de no realizarse la intervención y progresión de la gangrena es de esperar la muerte por intoxicación de los productos tóxicos que produce la gangrena.

6. Riesgos frecuentes

Los riesgos más frecuentes en estos procedimientos son:

- Locales: hemorragia, infección, necrosis de los tejidos, dehiscencia de la sutura del muñón, sensación de miembro fantasma (siente todavía el dolor de la pierna)
- Generales: Infarto agudo de miocardio, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, neumonía, fallo cardiaco, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, isquemia cerebral, infección urinaria.

7. Riesgos poco frecuentes

Como riesgos poco frecuentes son flebitis superficial, escaras de decúbito, depresión, etc.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Todas las complicaciones mencionadas serán mayores en función de la edad del paciente y la presencia de enfermedades asociadas.

9. Declaración de consentimiento

Don/Doña _____ de
_____ años de edad, con domicilio en _____ ,
DNI _____

Don/Doña _____ de
_____ años de edad, con domicilio en _____ , en
calidad de (representante legal, familiar o allegados de la
paciente) _____ .con DNI _____

Declaro:

Que el Doctor/a _____ me
ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización
de _____ ..

En _____ .año _____ .de _____ de _____ .

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____ Colegiado nº: _____

10. Revocación de consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ de _____ y no deseo
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En _____ .año _____ .de _____ de _____ .

Fdo.: Médico
Colegiado nº: _____

Fdo.: Paciente
DNI _____