

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Amputación de Extremidades Inferiores, 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 comprometida, 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).

Esto 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 comprometida, 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.

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.

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.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- 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 un re intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

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.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente:

Lado derecho

Lado izquierdo

Señalar nivel de amputación: _____

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Amputación de Extremidades Inferiores**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES INFERIORES, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)