

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DEL ALJARAFE****SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

Consiste en cortar (amputar) una parte o la totalidad de una extremidad.

Esta operación se plantea como último recurso cuando:

- La extremidad presenta lesiones o enfermedades que producen síntomas muy invalidantes y que no se han podido aliviar con otros tratamientos (dolor intenso, incapacidad severa).
- La extremidad presenta lesiones o enfermedades que ponen en peligro su vida y no existen otros tratamientos, o éstos han dejado de ser eficaces.

CÓMO SE REALIZA:

La amputación se realiza cortando todos los tejidos y estructuras de la extremidad por una zona sana, y tratándolos para disminuir el riesgo de que aparezcan complicaciones posteriores.

El nivel por el que se realiza la amputación depende del tipo de lesión, de su extensión y de las posibilidades de reconstruir un muñón funcional, que no produzca molestias y sea apropiado para adaptar una prótesis ortopédica.

El nivel de amputación planificado puede variar si durante la intervención se aprecia que la extensión de las lesiones es mayor de la esperada.

En ocasiones la intervención se planea en dos tiempos. En principio se realiza la amputación y una vez que se tenga la seguridad de que la zona del muñón está sana se realizará el cierre definitivo.

La operación necesita anestesia general, o de la extremidad que se va a intervenir. El servicio de anestesia estudiará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

Dependiendo del tipo de operación, de la parte del cuerpo intervenida y de su estado previo de salud, puede precisar medicación para disminuir el riesgo de infección o de trombosis.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La intervención produce la pérdida definitiva de una parte o la totalidad de una extremidad. Esto provoca un grado importante de minusvalía que se tratará de paliar con el uso de prótesis ortopédicas adecuadas.

- Durante un tiempo presentará molestias debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización.
- Durante unos días necesitará reposo, vendajes o inmovilización, y permanecer con el miembro intervenido en alto.
- Según el tipo de operación y de anestesia, puede necesitar una sonda de orina durante algunos días.
- En la intervención o en los días siguientes puede aparecer anemia debida a la pérdida de sangre durante la operación y necesitar transfusiones o suplementos de hierro. En ciertos casos y ante intervenciones programadas con tiempo suficiente, se le podrá plantear la autotransfusión (hacer extracciones de su propia sangre para transfundírselas si fuera necesario).

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

- En caso de tumor o infección no controlable, la amputación es la única posibilidad de preservar la vida.
- En caso de lesiones traumáticas no reconstruibles, el mantenimiento de la extremidad resulta inviable y puede provocar complicaciones infecciosas, neurológicas y circulatorias severas, con gran discapacidad, dolor e incluso riesgo para la vida.
- En caso de graves problemas circulatorios o enfermedades que provocan discapacidad y dolor muy severo, la amputación pretende mejorar la funcionalidad y disminuir el dolor.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Si usted decide no someterse a esta intervención, la alternativa será continuar con su situación actual que dependiendo del diagnóstico puede significar poner en riesgo su vida o mantener los síntomas.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- Tras la operación es normal sentir dolor o molestias en las zonas cercanas. Por lo general desaparecen en pocos días, pero existe el riesgo de que se prolonguen en el tiempo o se hagan continuas.
- Anemia postoperatoria que puede necesitar una transfusión sanguínea.
- Calcificaciones y miositis osificante: La cicatrización de los tejidos lesionados durante un traumatismo o una operación puede complicarse y formar acúmulos de calcio que provoquen dolor, compresión o que limiten o bloqueen por completo la movilidad de las articulaciones cercanas.
- Pérdida de movilidad de las articulaciones cercanas y atrofia de los músculos próximos, que puede dificultar la adaptación de una prótesis.
- Complicaciones de la cicatriz: Existe el riesgo de que la cicatriz de la operación sea dolorosa o poco estética.
- Necrosis cutánea: La pérdida del riego sanguíneo de la piel próxima a la herida puede hacer necesaria la extirpación de zonas de piel muerta y su cobertura con injertos o la reamputación.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Hematoma de la herida, que puede necesitar drenaje o coagulación de los puntos sangrantes.
- En pacientes de edad avanzada es frecuente que tras la intervención y durante el ingreso aparezca confusión, desorientación, agitación y dificultad para dormir. Esto suele desaparecer a las semanas del alta.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Infección: Toda cirugía tiene riesgo de infección. La infección puede ser superficial (localizada justo bajo la piel) o profunda (afecta a músculos y hueso). Si esto ocurre, se realizará tratamiento con antibióticos y se evaluará la necesidad de otros procedimientos (curas locales, limpieza de la herida en quirófano, colocación de antibióticos en el lugar de la infección, reamputación).
- Hemorragia: Durante la intervención pueden lesionarse vasos sanguíneos cercanos. A veces es necesaria una segunda operación para frenar el sangrado.
- Reamputación: Si la evolución del muñón no es satisfactoria puede ser necesario realizar una nueva amputación.
- Miembro fantasma: Es la sensación, muy desagradable y dolorosa, de que la parte amputada sigue aún unida al cuerpo. Necesita un tratamiento específico y no siempre desaparece totalmente.
- Neuromas de amputación: Los nervios cortados pueden formar una cicatriz muy sensible y que provoca un intenso dolor por presión, tacto o roce en la zona. Esta situación puede mejorar por sí sola, necesitar tratamiento con fármacos o una nueva operación.
- Trombosis Venosa y Tromboembolismo Pulmonar: Formación de trombos en las venas de la extremidad provocando edema y dolor. Estos trombos pueden desprenderse y generar complicaciones pulmonares agudas con consecuencias graves y riesgo de muerte.
- Distrofia simpático-refleja: En las zonas próximas al sitio de una operación puede producirse una pérdida de movilidad en las articulaciones, descalcificación de los huesos, inflamación, dolor, alteraciones de temperatura, sensibilidad, coloración y sudoración. Esta situación puede incapacitarle y necesitar tratamiento médico y rehabilitador prolongado.
- Síndrome compartimental: Aumento de presión dentro de algún grupo muscular que puede provocar lesiones de los vasos, de los nervios y alteraciones musculares irreversibles.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Hay pacientes con otras enfermedades que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
---	---------------------------

2. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.
(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____ de _____	
EL/LA PACIENTE	Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:	Fdo.:

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
---	---------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____