

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....  
con domicilio en.....

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### DECLARO

Que el Dr./la Dra.....  
*(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)*

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN/DESARTICULACIÓN/HEMIPLECTOMÍA**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es curar el tumor cuando no se puede realizar el salvamento del miembro (por imposibilidad de una resección con márgenes adecuados y/o por una reconstrucción no funcional, a veces después de complicaciones de cirugías previas) o paliar la sintomatología cuando no existen otras alternativas.*
4. *La intervención consiste en sacrificar el miembro a la altura que se estime conveniente (a través de un segmento óseo o se una articulación).*
5. *Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requerir transfusiones sanguíneas.*

### RIESGOS DE LA AMPUTACIÓN/DESARTICULACIÓN/HEMIPLECTOMÍA POR TUMOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO

*Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:*

- a. *Infección del muñón.*
- b. *Otras complicaciones del muñón: hematomas, dehiscencia y/o necrosis de los bordes de la herida quirúrgica.*
- c. *Miembro fantasma (sensación, a veces dolorosa, de que el segmento amputado todavía existe, precisando de tratamiento farmacológico que puede mantenerse indefinidamente).*
- d. *Resección por un nivel tumoral inadecuado, obligando a una amputación más proximal.*
- e. *Cambios degenerativos en las articulaciones adyacentes.*
- f. *Sobrecrecimiento terminal.*
- g. *Osteomielitis, infección ósea y daños en estructuras vecinas que pueden obligar a una amputación más proximal y/o que comprometan la vida del paciente.*
- h. *Necrosis cutáneas.*
- i. *Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck (síndrome doloroso regional complejo).*
- j. *Síndrome compartimental.*
- k. *Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*

## ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA AMPUTACIÓN POR UN TUMOR O POR COMPLICACIONES DE UN TRATAMIENTO PREVIO.

La alternativa a la amputación sería un tratamiento quirúrgico conservador (que se entiende que no es de elección por suponer un mayor o inaceptable riesgo oncológico o un defecto funcional mayor). La alternativa a una amputación paliativa es el tratamiento sintomático. Una alternativa en casos de recidivas tumorales inoperables es la perfusión aislada del miembro.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....  
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.** Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **AMPUTACIÓN/DESARTICULACIÓN/HEMIPELVECTOMÍA POR TUMOR.**

En....., a ..... de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR  
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO