



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

**PROCEDIMIENTO:
AMPUTACIÓN MENOR:**

TRANSFALÁNGICA, TRANSMETATARSIANA, LISFRANC Y CHOPART

1. ¿QUÉ ES?

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

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

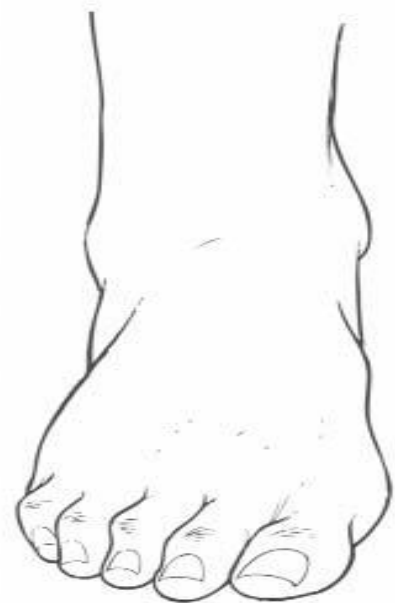
Esta intervención consiste en *cortar las zonas del pie que se encuentran afectadas*. Puede realizarse a distintos niveles dependiendo de la situación de la pierna. En mi caso se ha considerado más adecuada una amputación

.....

Es posible que, según el grado de infección, la herida provocada deba quedar abierta para que cure “por segunda intención es decir de dentro a fuera, para que salga la infección. Ello implica que el proceso hasta la cicatrización completa puede extenderse semanas.

Lo normal es que la anestesia sea local (pinchando en el dedo o en el tobillo) o epidural/espinal (de cintura para abajo), aunque dependerá de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

El objetivo fundamental de esta intervención es evitarle los dolores que padece y que progresen las lesiones gangrenosas, o bien regularizar heridas o amputaciones previas para lograr un pie más funcional



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 son los propios de cualquier cirugía mayor y 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...).



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**

**PROCEDIMIENTO:
AMPUTACIÓN MENOR:**

TRANSFALÁNGICA, TRANSMETATARIANA, LISFRANC Y CHOPART

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.

Con menos frecuencia, el muñón puede no cicatrizar porque no llega la sangre hasta el pie, y necesitar otro tipo de intervenciones para intentar resolver este problema; e incluso según como evolucione necesitar una amputación más arriba.

4. CONSUENCIAS 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.

Puede ser necesario dejar la herida abierta para hacer las curas si hay una infección importante.

Puedo necesitar algún tipo de plantilla para caminar mejor, siendo los beneficios esperables pensando siempre en una rehabilitación que le permita llevar una vida lo más normal posible.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no llevarse a cabo la intervención existe la posibilidad que las lesiones se hagan mayores y después sea necesaria una amputación más arriba e incluso la amputación mayor de la pierna, así como la persistencia de dolor al andar y en reposo. Si no se corta la zona afectada, 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 esa zona. 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 MENOR:
TRANSFALÁNGICA, TRANSMETATARSIANA, LISFRANC Y CHOPART

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: _____