



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**  
**ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**  
**PROCEDIMIENTO:**  
**DRENAJE/DEBRIDAMIENTO DE PIE DIABÉTICO**

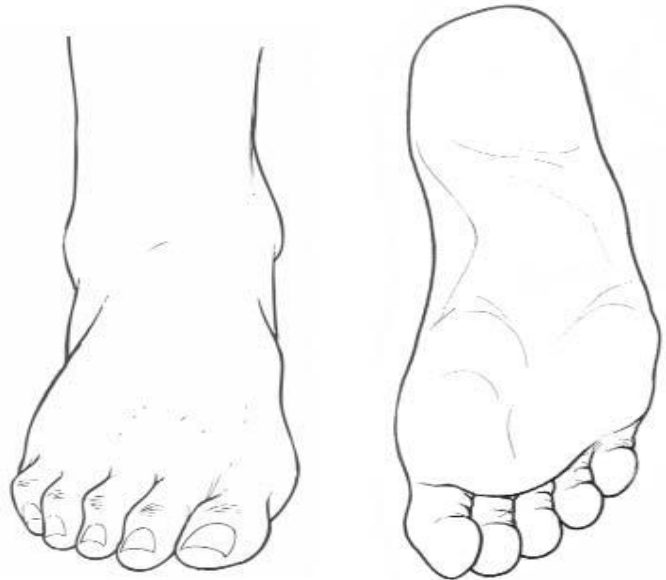
### 1. ¿QUÉ ES?

Una de las posibles complicaciones de la diabetes son las infecciones a nivel de los pies. Pueden localizarse en los dedos o afectar a zonas más amplias, especialmente la planta del pie. Muchas veces el aspecto externo no es muy aparatoso, pero hay una gran infección en el interior del pie. Estas infecciones suelen ser difíciles de controlar, descompensan el control de la glucemia en los diabéticos, y ponen en peligro la parte del pie afectada, además de ser un problema general grave que necesita un tratamiento médico controlado.

### 2. ¿CÓMO SE REALIZA?

Esta intervención consiste en *eliminar los tejidos infectados del pie*. Será diferente según cada caso. En algunos casos puede ser necesaria la extirpación no anticipada de algún dedo por encontrarse el hueso o su articulación afectada por la infección.

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 mi caso y de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.

El objetivo fundamental de esta intervención es controlar el proceso infeccioso grave que afecta a zonas del pie.

### 3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

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, puede producirse una infección generalizada (sepsis) y/o afectarse otros órganos, especialmente los riñones; e incluso que no se cicatricen las heridas porque no llegue suficiente sangre al pie y necesitar otro tipo de operaciones.

### 4. CONSUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Si la evolución es correcta y dependiendo del estado físico, es esperable que pueda ser



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**  
**ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**  
**PROCEDIMIENTO:**  
**DRENAJE/DESBRIDAMIENTO DE PIE DIABÉTICO**

dado de alta en 3-5 días; pero según la evolución pueden ser necesarias curas locales durante mucho tiempo, en ocasiones con ingresos muy largos. También pueden necesitarse tratamientos con antibióticos durante tiempo prolongado.

Lo normal es dejar la herida abierta para poder realizar después las curas.

Esta operación puede no ser definitiva y según como evolucione es posible que necesite nuevos drenajes e incluso una amputación del pie o de la pierna.

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, la infección no se consiga controlar y después sea necesaria una amputación más arriba e incluso la amputación mayor de la pierna. Si no se desbrida o drena la zona infectada, 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 controlar la infección de otro modo.

Las únicas alternativas serían:

- Mantener las curas externas y un tratamiento antibiótico, asumiendo los riesgos enumerados en el apartado 5.
- Realizar directamente una amputación por un territorio sano y libre de infección.

#### 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:**  
**DRENAJE/DESBRIDAMIENTO DE PIE DIABÉTICO**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

|           |  |           |          |                    |                     |
|-----------|--|-----------|----------|--------------------|---------------------|
| APELLIDOS |  | NOMBRE    |          | DNI                | FECHA DE NACIMIENTO |
| Nº SIP    | DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO 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: \_\_\_\_\_