

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN MENOR DE DEDOS O PARTE DEL PIE**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El procedimiento consiste en realizar una amputación de la zona enferma afectada (dedo, parte de pie,...) por falta de riego sanguíneo, infección severa o por cáncer, hasta un nivel que el cirujano considere seguro para la cicatrización. Para ello se seccionan los tejidos blandos sobre el hueso y posteriormente se suturan y se crea un muñón.

Si existieran signos de infección local, se dejaría abierta la herida quirúrgica para que cierre posteriormente por segunda intención (con el crecimiento de tejido nuevo).

Si no se corta la zona afectada, las sustancias tóxicas que pasan a la sangre también producen alteraciones en muchos órganos y una infección general grave que podría poner en peligro la vida.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia más adecuado en su caso.

La finalidad de la amputación es eliminar la parte necrosada (muerte de tejido), controlar el dolor y evitar sobreinfecciones que puedan poner en peligro la vida.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

La amputación siempre implica la falta permanente del miembro seccionado, puesto que una extremidad amputada no se regenera nunca.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Hematoma.
- Infección o necrosis de los tejidos vecinos.
- Síndrome del miembro fantasma (sentir que la zona amputada todavía existe).
- Necesidad de utilizar algún tipo de plantilla para caminar mejor.

Riesgos menos frecuente y más graves:

- Recidiva (reaparición) de la enfermedad que obligue a realizar una amputación más alta.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección o sangrado de la herida con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión  
 Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante  
 .....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- No amputar.
- Continuar con tratamiento y curas con la posibilidad de que las lesiones se hagan mayores y después sea necesaria una amputación más arriba.

**AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE AMPUTACIÓN MENOR DE DEDOS O PARTE DEL PIE"**

Yo, D./Dª \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.ª \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General  
y Digestiva*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,

Firma del representante legal: