DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DESBRIDAMIENTO CORTANTE

PACIENTE

D/Dª_____DNI_____

CENTRO DE ATENCIÓN_____POBLACIÓN_____

REPRESENTANTE LEGAL

D/Dª_____DNI_____
En calidad de_____

He sido informado/a de que presento una herida con lesión de la piel y se considera conveniente/necesario realizar un procedimiento de desbridamiento cortante de la herida.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

El desbridamiento cortante es una técnica que consiste en la retirada selectiva y rápida, mediante corte, del tejido muerto, dañado o infectado de una herida que supone un obstáculo para una adecuada cicatrización.

OBJETIVOS ESPERADOS

Los objetivos incluyen retirar tejido no vital, disminuir la carga bacteriana para disminuir el riesgo de infección local, regional o sistémica, permitir una mejor valoración de la lesión, control del olor de la herida y optimizar las condiciones de cicatrización.

DESCRIPCIÓN ADICIONAL DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza con técnica e instrumental estéril. Para su realización puede ser necesaria la anestesia local, cuyo tipo y modalidad serán valorados por el profesional sanitario encargado. En España, las enfermeras pueden prescribir y administrar anestésicos locales en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de cirugía menor, siguiendo protocolos oficiales y dentro de sus competencias.
La anestesia local consiste en la pérdida temporal y reversible de la sensibilidad en un área concreta, manteniendo la conciencia. Aunque generalmente es segura, presenta riesgos que han sido explicados, tales como reacciones alérgicas, toxicidad sistémica, daño nervioso, hematomas, infecciones, reacciones vasovagales o falta de efecto anestésico.
Este procedimiento puede requerir ser repetido para alcanzar el objetivo terapéutico deseado. En caso de ser necesario, se pueden tomar muestras biológicas para estudio, y se podrán tomar fotografías o grabaciones preservando siempre la intimidad y sin revelar la identidad del paciente.
He recibido toda la información necesaria, he tenido oportunidad de resolver mis dudas y doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y la administración de anestesia local, con pleno conocimiento de sus riesgos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES POSIBLES

- Dolor durante el procedimiento.
- Sangrado.
- Daño accidental a tejidos sanos.
- Retraso en la cicatrización.
- Riesgo de infección o empeoramiento de la herida

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento local y/o médico.

RIESGOS EN FUNCIÓN DE LAS PARTICULARIDADES DEL PACIENTE

Condiciones como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, tabaquismo, tratamiento anticoagulante, coagulopatías, o algún tipo de inmunosupresión pueden aumentar el riesgo de sangrado, dificultar la cicatrización… y llevar implícitas complicaciones potencialmente serias.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

El desbridamiento puede realizarse por otros métodos como desbridamiento enzimático, autolítico, osmótico, larval o mecánico. Sin embargo, estos métodos pueden conllevar una demora en el proceso de cicatrización y manejo de la herida, pudiendo presentarse complicaciones mayores durante ese lapso de tiempo.

DECLARACIONES Y FIRMAS

D/Dª_____,con DNI_____

Si procede, su representante legal: D/Dª_____

DNI_____, en calidad de_____

DECLARO que **D/Dª_____,_____ ,_____**
(Nombre y apellidos) (Categoría profesional) (N° colegiado/a)
me ha informado amplia y satisfactoriamente, he comprendido la información recibida, y he podido formular todas las preguntas que he solicitado o he creído oportunas, aclarando todas las dudas.
DOY MI CONSENTIMIENTO, libre y voluntariamente, para la realización del procedimiento de desbridamiento cortante sobre el cual he sido informado/a.
Entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello repercuta en la calidad de la atención recibida.

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa Firma del paciente Firma de el/la representante legal
D./ Dª …… D./Dª…… D./Dª……
Colegiado nº……..

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dª_____,con DNI_____

Si procede, su representante legal: D/Dª_____

DNI_____, en calidad de_____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____. No deseo proseguir el procedimiento, que doy por finalizado con esta fecha.

En _____, a ____ de _____ de 20

Firma del profesional sanitario que informa Firma del paciente Firma de el/la representante legal
D./ Dª …… D./Dª…… D./Dª……
Colegiado nº……