DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA DESBRIDAMIENTO LARVAL DE HERIDAS

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 posible afectación de estructuras subyacentes y se considera conveniente/necesario realizar un procedimiento de desbridamiento. Debido a mi situación personal y las características de mi herida se me ofrece el desbridamiento mediante terapia larval.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO

El desbridamiento larval consiste en la aplicación de larvas estériles de *Lucilia sericata* en el lecho de la herida, las cuales producen enzimas que degradan de manera completa y selectiva de tejido muerto, dañado o infectado que supone un obstáculo para una adecuada cicatrización.

OBJETIVOS ESPERADOS

Los objetivos incluyen retirar tejido no vital de manera selectiva sin dañar el tejido sano, disminuir la carga bacteriana para disminuir el riesgo de infección local, regional o sistémica y optimizar las condiciones de cicatrización.

DESCRIPCIÓN ADICIONAL DEL PROCEDIMIENTO

Se utilizan larvas estériles de la mosca Lucilia sericata, criadas en laboratorios bajo condiciones controladas para asegurar su esterilidad y seguridad para uso clínico.
Las larvas se presentan dentro de bolsas de malla de poliéster selladas, que permiten la acción enzimática y mecánica de las larvas sobre el tejido muerto, pero evitan que se dispersen fuera del área tratada.

RIESGOS Y/O COMPLICACIONES POSIBLES

- Dolor o escozor durante el tratamiento (reportado en el 40% de los casos)
- Reacciones locales leves (enrojecimiento, edema)
- Sangrado leve
- Fuga de larvas si el apósito está mal colocado
- Olor característico durante la aplicación
- Reacciones psicológicas (repulsión, ansiedad o rechazo psicológico por la presencia de larvas)
- **Otros efectos menos frecuentes:** fiebre, síntomas similares a un resfriado y, en raras ocasiones, deterioro temporal de la herida tras la retirada de las larvas

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

CONTRAINDICACIONES

- Heridas secas: las larvas requieren un ambiente húmedo para sobrevivir y ejercer su acción, por lo que las heridas secas son una contraindicación relativa

- Heridas con comunicación a cavidades u órganos internos: existe riesgo de migración de las larvas a zonas no deseadas
- Heridas próximas a vasos sanguíneos de gran calibre o con vasos expuestos: hay riesgo de hemorragia grave si las larvas erosionan un vaso importante
- Heridas que sangran fácilmente o en pacientes anticoagulados: el riesgo de sangrado aumenta significativamente en estos casos
- Heridas cerca de orificios naturales, especialmente en la cabeza: hay mayor riesgo de migración de larvas a cavidades como ojos, nariz, boca u oídos
- Pacientes con alergia conocida a huevos, soja o larvas de mosca: aunque es raro, se debe evitar el uso en estos casos
- Vasculitis activa o compromiso arterial severo: la terapia puede no ser efectiva y aumentar el riesgo de complicaciones
- Artritis séptica

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 o mecánico.

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 larval 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……		

seher
Sociedad Española de Heridas