¿Qué se entiende por desbridamiento?

Se denomina desbridamiento al conjunto de mecanismos dirigidos a la retirada de tejidos necróticos (muertos), exudados, colecciones serosas o purulentas y/o cuerpos extraños presentes en una herida, que obstaculizan el proceso de cicatrización, siendo imprescindible para tener aspiraciones a la curación de la lesión.

¿Qué métodos existen?

Existen distintos métodos de desbridamiento que pueden utilizarse de acuerdo con las diferentes situaciones del paciente y las características de su herida. Generalmente se trata de métodos compatibles, recomendándose la combinación de varios de éstos (cortante, enzimático, autolítico,), para hacer más rápido y eficaz el proceso, facilitando además la reducción de la carga bacteriana y del mal olor asociado.

¿Qué es el desbridamiento cortante?

El **desbridamiento cortante** es una técnica para retirar de forma selectiva y rápida, mediante corte, el tejido muerto de una herida

¿Cuáles son sus indicaciones?

- Eliminar el sustrato que permite el crecimiento de microorganismos que favorecen la infección, pudiendo evolucionar desde procesos de infección local, a regional y sepsis, con el resultado final de amputación o muerte.
- Aliviar la carga metabólica en la lesión y el estrés psicológico en el paciente,
- Facilitar la curación, acelerando las fases proliferativas y de remodelado tisular.
- Mejorar la restauración estructural y funcional de la piel.
- Desenmascarar posibles acúmulos de exudados o abscesos.
- Permitir la evaluación de la profundidad de la úlcera.
- Detener la pérdida de proteínas a través del drenaje.
- Controlar el olor de la herida.

¿ Cuáles son los riesgos de la técnica?

Sus potenciales problemas se relacionan con el dolor, el riesgo de sangrado y la posibilidad de introducir bacterias en tejidos profundos.
Para reducir el dolor que puede acompañar a este procedimiento se puede aplicar con tiempo suficiente algún anestésico local, comercializados o elaborados en farmacia.
Los sangrados derivados de esta técnica comúnmente se pueden controlar presionando con el dedo o mediante apósitos hemostáticos o alginatos.
Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es excepcional es este tipo de desbridamiento. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.
Si en el momento del desbridamiento surgiera algún imprevisto, el equipo que le atiende podrá variar la técnica de desbridamiento programada.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

ACEPTACIÓN

Además de lo expresado en este documento he sido informado plenamente sin que me quede duda alguna del objeto del tratamiento a realizar. Por ello, acepto la realización del desbridamiento de las lesiones con las condiciones indicadas en el texto.

D./Dña con **DNI**

En su caso ,como representante legal

D./Dña con **DNI**

En calidad de con domicilio en

DECLARO

Manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior.

He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Profesional:

D/Dña con **DNI**

Del centro/servicio sanitario

REVOCACIÓN

También comprendo que, en cualquier momento y sin explicación alguna, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento

En a de de 2.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña

(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña

(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha……, y no deseo que prosigan con la realización de desbridamiento de mis heridas y doy con esta fecha por finalizado el consentimiento.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

RECHAZO A LA INTERVENCION

Yo, D./Dña
(Nombre y dos apellidos del paciente)
Yo, D./Dña
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

No autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL/LA REPRESENTANTE LEGAL,
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

PROTECCION DE DATOS
Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de derechos digitales (LOPDPGDD) y cualquier otra norma de desarrollo.