

**TRATAMIENTO DE HERIDAS (LESIÓN DE PARTES BLANDAS)**

---

1. **¿Qué es?** Es una intervención para limpiar, preservar el tejido viable, restituir la continuidad del tejido y su función y procurar las condiciones óptimas para que la herida llegue a cicatrizar/curar, adecuadamente.

2. **¿Cómo se realiza?** Mediante la revisión quirúrgica de la herida (en condiciones de asepsia), su limpieza meticulosa (eliminando cuerpos extraños, tejidos necrosados), la realización de un desbridamiento (eliminación del tejido necrótico) adecuado, la valoración del alcance de la lesión y las estructuras asociadas afectadas y la posibilidad de reparación de las mismas (mediante sutura, ligadura/anastomosis, etc.). Puede requerir la intervención de más servicios y el manejo postoperatorio puede necesitar vendajes, inmovilizaciones o descargas del miembro afectado.

Previamente, durante o después de la intervención, pueden existir pérdidas de sangre que pueden requieran transfusiones sanguíneas.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?**

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- Cicatriz cutánea
- Hematoma o infección de la herida
- Dolor crónico o parestesias en zona herida o distal a la misma.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Infección de la herida quirúrgica, que en ocasiones puede complicarse afectando a estructuras profundas (tendón, hueso, articulaciones), pudiendo diseminarse por sangre y producir incluso una sepsis, situación grave con riesgo de mortalidad elevado.
- b. Hematoma o lesión vascular importante que puede requerir amputación.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. Rigidez o limitación funcional de articulaciones afectas y/o vecinas.
- e. Retraso o fracaso de la cicatrización o de la sutura de las estructuras afectadas.
- f. Seromas herida, dehiscencia de la herida quirúrgica, cicatrices hipertróficas o dolorosas, necrosis cutáneas.
- g. Síndrome de dolor regional complejo.
- h. Embolia grasa o trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
- i. Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia: hematomas, equimosis cutáneas, lesiones nerviosas por compresión que pudiera causas temporal o definitivamente trastornos sensitivos/motores.
- j. Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas...).

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** conseguir que la herida llegue a cicatrizar/curar, adecuadamente.

5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** que la herida no cicatrice adecuadamente con las consiguientes complicaciones.

6. **Alternativas:** no existen.

7. **Riesgos en función de su situación:** toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.



**TRATAMIENTO DE HERIDAS (LESIÓN DE PARTES BLANDAS)**

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

**AUTORIZACIONES:**

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**REVOCACIONES:**

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha \_\_\_\_\_

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:**

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: