



## ***Consentimiento Informado para la realización de procedimiento de Desbridamiento Quirúrgico de Tejido Subcutáneo (incluye piel y dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos***

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842)

### **1. Servicio/Subunidad**

Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas – Especialidad de Cirugía Plástica.

### **2. Nombre del Procedimiento**

Desbridamiento Quirúrgico de Tejido Subcutáneo (incluye piel y dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos.

### **3. Diagnóstico (definitivo y/o presuntivo)**

---

---

### **4. Descripción del Procedimiento**

Se procederá a retirar quirúrgicamente, todo tejido desvitalizado y/o secreciones presentes en la lesión.

### **5. Objetivos del Procedimiento**

Retirar tejido no vital y disminuir la carga bacteriana en la herida a fin de optimizar condiciones para un adecuado proceso de cicatrización y cierre de heridas

### **6. Beneficios Esperados**

Evaluación del estado de la lesión, mejorar las condiciones de la misma y así facilitar el proceso de cicatrización.

### **7. Riesgos y/o Complicaciones Frecuentes**

- Sangrado

### **8. Riesgos y/o Complicaciones poco Frecuentes**

- Infección
- Persistencia de necrosis en herida

### **9. Consecuencias Previsibles de su NO Realización**

- Agravamiento del cuadro clínico con el consiguiente aumento de la morbimortalidad



### 10. Tratamiento Alternativo

- El desbridamiento puede realizarse por otros métodos no quirúrgicos (curaciones frecuentes con cremas o ungüentos tópicos) sin embargo esto conlleva a una demora en el proceso de cicatrización y manejo de la herida pudiendo presentarse complicaciones mayores durante ese lapso de tiempo.

### 11. Riesgo en función de las Particularidades del Paciente

- Los pacientes con algún tipo de inmunosupresión (desnutrición, diabetes, usuario crónico de corticoides, postrado crónico, etc.) presentan un inadecuado proceso de cicatrización, por lo que deben ser tomados en cuenta.
- Los pacientes con algún tipo de coagulopatías o usuarios de anticoagulantes tienen mayor riesgo de sangrado intra y post operatorio.

12. Pronóstico                      Bueno ( )                      Malo ( )                      Reservado ( )

### 13. Recomendaciones

Tener en cuenta que el paciente puede requerir este procedimiento en más de una ocasión, a fin de lograr el objetivo terapéutico



### DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico \_\_\_\_\_.

Declaro \_\_\_\_\_ :  
Que el Médico \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento de: **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos** sobre los cuales he sido informado(a). Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento de **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos**

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella

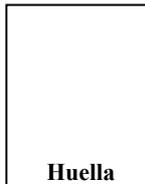
\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable  
CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_

### REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización del procedimiento de **Desbridamiento de Tejido Subcutáneo (incluye Piel y Dermis) primeros 20 cm cuadrados o menos** y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

San Borja, ..... de .....del 20.....



Huella

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal  
Nombre \_\_\_\_\_  
DNI N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Responsable  
CMP N° \_\_\_\_\_  
RNE N° \_\_\_\_\_