

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El síndrome compartimental es una afección grave que implica aumento de la presión en un compartimento muscular. Puede producir daño en nervios y músculos, y problemas con el flujo sanguíneo.

El procedimiento se realiza abriendo la piel y las fascias, red que envuelve los músculos, separando unos de otros de los compartimentos musculares afectados. Dependiendo de las causas que lo hayan provocado y del grado de lesión que presenten los músculos, vasos y nervios, puede ser necesario extirpar zonas más o menos amplias de músculo muerto, o realizar reconstrucciones vasculares.

La finalidad es eliminar o disminuir la presión en el compartimento muscular y minimizar las secuelas musculares, vasculares y neurológicas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Infección de los compartimentos musculares abiertos.
- Lesión de estructuras vasculares, nerviosas o tendinosas durante la liberación (descompresión) del compartimento.
- La lesión muscular y nerviosa transcurridas ciertas horas es irreversible por lo que, a pesar de la intervención, pueden quedar lesiones musculares y nerviosas irrecuperables.
- Suelen requerirse desbridamientos repetidos de las zonas musculares necróticas (músculo muerto).
- En ocasiones no se puede cerrar la piel tras ceder la hiperpresión compartimental, por lo que se requieren injertos cutáneos para cerrar las heridas.
- Si la lesión nerviosa o muscular es muy importante, puede requerir en un segundo tiempo la amputación del miembro.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección, con diferente gravedad.
- Dehiscencia de la sutura (apertura).
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.

- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

El síndrome compartimental puede considerarse una situación de emergencia. Si no se realiza la cirugía, casi con seguridad quedarán secuelas musculares y neurológicas irreversibles y de muy difícil tratamiento (parálisis, atrofas musculares graves, contracturas y deformidad del miembro) y existe riesgo de que las zonas lesionadas se infecten de forma secundaria.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL"

Yo, D./D^a. _____, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a. _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Traumatología
y Cirugía Ortopédica*

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: