

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL

1. ¿Qué es? Es una intervención, cuyo propósito principal consiste en hacer disminuir la presión de un determinado compartimento muscular que se encuentra anormalmente elevada debido a fracturas, traumatismos musculares, osteotomías, oclusiones arteriales, enfermedades hematológicas, etc.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la apertura de la piel y las fascias musculares de los compartimentos afectados. La indicación ideal se establece a partir de la medida de la presión intracompartimental, pero se admite el diagnóstico y el correspondiente tratamiento por datos clínicos cuando no se disponga del material de medida de las presiones.

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

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

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

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

▪ **Frecuentes (más del 10%):**

- a. Dolor postquirúrgico en el área intervenida
- b. Pérdida de fuerza.
- c. Pérdida de la movilidad de la articulación
- d. Edema al retirar el vendaje postquirúrgico. En pacientes con pieles muy sensibles, la presión del manguito neumático que se utiliza en algunos casos para operar en condiciones de isquemia, o incluso el contacto del producto adhesivo de los apósitos, puede dar lugar a pequeñas lesiones cutáneas superficiales (enrojecimiento, ampollas...).
- e. Cicatriz del abordaje quirúrgico
- f. Mantener heridas abiertas hasta disminución de la presión intracompartimental y nuevas cirugías para cierre cutáneo. Se requieren múltiples curas.
- g. mantenimiento de las secuelas ya establecidas en el momento de la cirugía.

▪ **Infrecuentes (menos del 10%):**

- a. Infección de la herida quirúrgica y de los compartimentos musculares abiertos.
- b. Hematoma o lesión vascular.
- c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- d. La lesión muscular y nerviosa transcurrida ciertas horas es irreversible, con lo que, a pesar de la intervención, pueden quedar secuelas musculares, nerviosas y vasculares irreversibles, pudiendo ser necesarias intervenciones paliativas para mejorar la función del miembro.
- e. Suelen requerirse desbridamientos repetidos de las zonas musculares necróticas.
- f. En ocasiones no se puede cerrar la piel tras ceder la hiperpresión compartimental, con lo que se requieren injertos cutáneos para cobertura.
- g. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- h. Amputación del miembro en un segundo tiempo.
- i. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).

4. Consecuencias previsibles de su realización: disminuir la presión de un determinado compartimento muscular y por tanto aliviar los síntomas.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si no se realiza pueden quedar secuelas musculares y neurológicas irreversibles y graves.

6. Alternativas: no hay.

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



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL

(tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

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. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

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.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS | <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO |

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> 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: