

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
SÍNDROME COMPARTIMENTAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

|                     |  |
|---------------------|--|
| Nombre del Paciente |  |
| R.U.T del Paciente  |  |

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**El Síndrome Compartimental**, es el aumento de presión de un compartimiento anatómico cerrado debido a diversas causas (traumatismos, secundaria a cirugías, infecciosas, etc.).

Se caracteriza por aumento volumen, dolor a la palpación, dolor a la movilidad de articulación distal, puede acompañarse por ausencia de pulso distal que dependerá de compartimiento comprometido y que puede llevar a la necrosis de parte de la extremidad afectada.

**El tratamiento** una vez diagnosticado consiste en realizar **Fasciotomía amplia** del compartimiento afectado (sección de aponeurosis que es la estructura que cubre los músculos) para descomprimir y evitar necrosis y daño permanente de tejidos blandos. Posteriormente en un segundo tiempo se realiza el cierre de la herida quirúrgica o colocación de injerto de piel.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Dolor prolongado de la zona
- Hemorragia

- Lesiones neuro vasculares
- Contractura muscular
- Rigidez de articulaciones vecinas
- Infección superficial o profunda
- Cicatrices hipertróficas
- Necrosis de tejidos que pueden ir desde solo la piel o comprometer parte importante de la extremidad afectada y que pueden requerir de cirugías para retirar material necrótico o amputaciones
- Trombosis venosa profunda
- Trombo embolismo pulmonar

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) Ortopédico y/o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una intervención en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

**EXTREMIDAD:** \_\_\_\_\_

**LUGAR:** \_\_\_\_\_

**LADO:** \_\_\_\_\_

#### **CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la cirugía de **Síndrome Compartimental** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

|                                         |                              |              |
|-----------------------------------------|------------------------------|--------------|
| Firma del Consentimiento:               | <b>FECHA:</b> ____/____/____ | <b>HORA:</b> |
| Procedimiento o Intervención Quirúrgica |                              |              |
| Diagnóstico                             |                              |              |
| Nombre, R.U.T. y Firma Médico           |                              |              |

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)