

Implantación de kine Spring (sistema de amortiguación de rodilla)

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones: léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familia o persona vinculada de hecho, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña. _____ con DNI _____ con domicilio en _____

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña. _____ con DNI _____ con domicilio en _____ en calidad de _____ del paciente.

DECLARO

Que el Dr./la Dra. _____ con Nº de Colegiado _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **IMPLANTACIÓN DE KINE SPRING (SISTEMA DE AMORTIGUACIÓN DE RODILLA)**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1.- PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2.- PROCEDIMIENTO

El Sistema KineSpring constituye una nueva clase de tratamiento que se sitúa a mitad de camino entre los tratamientos conservadores y los procedimientos quirúrgicos que modifican la articulación. Se trata de un procedimiento completamente reversible que, al ser tanto extra-articular como extra-capsular, preserva la integridad de la articulación sin requerir resecciones de hueso, ligamentos ni cartílago.

Siguiendo las técnicas habituales de la cirugía ortopédica, el Sistema KineSpring se implanta junto a la articulación de la rodilla a través de dos incisiones situadas a poca distancia del cóndilo femoral y del platillo tibial internos, respectivamente. Se utilizan tornillos óseos para anclar las bases del implante a las corticales femoral y tibial utilizando la técnica estándar.

El propósito principal de la intervención consiste en aliviar el dolor e intentar mejorar la función y la alineación articular.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

3.- RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad ..., y los específicos del procedimiento:

Hematoma superficial o profundo con formación de seroma, que con frecuencia drena por la herida quirúrgica.
Dehiscencia o necrosis de los bordes de la herida.

Perdida de movilidad de la rodilla.
Infección superficial o profunda.
Trombosis venosa profunda o tromboembolismo.
Lesión de vasos o nervios adyacentes.
Dolor residual.

Aflojamiento o desgaste de los componentes que en algunos casos precisan un recambio de la prótesis.
Fractura del hueso durante la intervención o posteriormente por traumatismo.
Cojera por insuficiencia muscular o por otras causas.

Menos frecuentemente pueden presentarse complicaciones cardiopulmonares, gastrointestinales, urológicas y confusión mental postoperatoria, sobre todo en enfermos de edad avanzada.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) ortopédico y/o rehabilitador pero pueden llegar a requerir una reintervención, 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.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos y humanos de este hospital están disponibles para intentar solucionarla.

4.- ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, efectuar reposo relativo de la articulación, descargarla usando un bastón o intentando perder peso. Dicho tratamiento sólo mejora parcialmente los síntomas no deteniendo el desgaste progresivo de la misma.

5.- RIESGOS PERSONALIZADOS.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, DOY MI CONSENTIMIENTO para se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **IMPLANTACION DE KINE SPRING (SISTEMA DE AMORTIGUACIÓN DE RODILLA)**

En, a de de

Fdo.: EL/ LA DOCTOR/ A

Fdo.: EL / LA PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña. _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En, a de de

Fdo.: EL/ LA DOCTOR/ A

Fdo.: EL / LA PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Nº Colegiado