

## TRATAMENTO CON CORPIÑO DA HIPERCIFOSIS

### 1. Que é?

Consiste no emprego dun corpiño de material máis ou menos ríxido (termoplástico ou metálico) para corrixir a deformidade da columna vertebral.

### 2. Para que serve?

O obxectivo do corpiño é corrixir a deformidade da columna durante o período de crecemento do mozo, así como evitar a dor se a houbese. O resultado pode variar segundo o grao de curva e da fase de crecemento do adolescente.

### 3. Como se realiza?

O corpiño adáptase ao tronco do mozo para aplicar forzas correctoras sobre a columna vertebral. Demostrouse que é un tratamento eficaz.

Existen diversos tipos de corpiños e horarios de uso variable, sendo o seu médico rehabilitador o que lle explicará estes detalles detidamente adaptados ao seu caso.

### 4. Cales son os riscos?

A pesar da adecuada elección da técnica e da súa correcta realización poden presentarse efectos indesexables.

#### Pouco graves e frecuentes:

- Lesións cutáneas: abarcan desde a cor avermellada ata as erosións. Son xeralmente leves. Pode haber alteracións da pel de carácter alérxico ao material co que está fabricado o corpiño.
- Alteración da calidade de vida percibida polo adolescente debido a rexeitamento psíquico, diminución da mobilidade e, ao principio, dificultade para conciliar o soño. Pode influír nas relacións sociais do mesmo e na súa forma de vestirse. En calquera caso, é desexable que o mozo en tratamento con corpiño adopte un estilo activo de vida, incluíndo actividades recreativas e deportivas.
- Molestias no ventre tras as comidas: prevéñense afrouxándose o corpiño ao comer ou, comendo menos cantidade, pero máis veces ao día.

Nos mozos obesos é previsible que o corpiño sexa menos eficaz porque as forzas aplicadas sobre o tronco amortécense sobre os tecidos graxos.

### 5. Cales son as alternativas?

Entre as alternativas razoables ao tratamento con corpiño recoméndanse algúns exercicios específicos e as actividades deportivas, pero non bastan por si mesmos para deter a progresión da desviación. Con todo, adóitanse aconsellar como complemento do tratamento con corpiño.

A cirurxía da columna é un método eficaz para deter a evolución da desviación e, mesmo, para melloralala, pero debido á súa complexidade, é un tratamento que se reserva para casos graves nos que o tratamento con corpiño non basta para o control da deformidade.

A consecuencia previsible no caso de non usar o corpiño é a progresión da deformidade e, en ocasións, a dor.

*Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.*

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. .... maior de idade, con  
D.N.I.: ....., veciño/a de ..... rúa .....  
..... Nº ....., teléfono .....

### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. .... en  
data ...../...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:  
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e  
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así  
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas  
satisfactoriamente.

### CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de ..... a que me practiquen o  
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de  
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para  
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podoo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna. ...., con D.N.I.: .....  
en calidade de .....

Asino dous exemplares en A Coruña, a ..... de ..... de .....

**Sinatura do/a paciente**

**Sinatura do/a representante legal**

**Sinatura do/a facultativo/a**

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**

Data: ...../...../.....