

TRATAMIENTO CON CORSÉ DE LA HIPERCIFOSIS

1. ¿Qué es?

Consiste en el empleo de un corsé de material más o menos rígido (termoplástico o metálico) para corregir la deformidad de la columna vertebral.

2. ¿Para qué sirve?

El objetivo del corsé es corregir la deformidad de la columna durante el periodo de crecimiento del joven, así como evitar el dolor si lo hubiera. El resultado puede variar según el grado de curva y de la fase de crecimiento del adolescente.

3. ¿Cómo se realiza?

El corsé se adapta al tronco del joven para aplicar fuerzas correctoras sobre la columna vertebral. Se ha demostrado que es un tratamiento eficaz.

Existen diversos tipos de corsés y horarios de uso variable, siendo su médico rehabilitador el que le explicará estos detalles detenidamente adaptados a su caso.

4. ¿Cuáles son los riesgos?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

Poco graves y frecuentes:

- Lesiones cutáneas: abarcan desde el enrojecimiento hasta las erosiones. Son generalmente leves. Puede haber alteraciones de la piel de carácter alérgico al material de que está fabricado el corsé.
- Alteración de la calidad de vida percibida por el adolescente debido a rechazo psíquico, disminución de la movilidad y, al principio, dificultad para conciliar el sueño. Puede influir en las relaciones sociales del mismo y en su forma de vestirse. En cualquier caso, es deseable que el joven en tratamiento con corsé adopte un estilo activo de vida, incluyendo actividades recreativas y deportivas.
- Molestias en el vientre tras las comidas: se previenen aflojándose el corsé al comer o, comiendo menos cantidad, pero más veces al día.
- En los jóvenes obesos es previsible que el corsé sea menos eficaz porque las fuerzas aplicadas sobre el tronco se amortiguan sobre los tejidos grasos.

5. ¿Cuáles son las alternativas?

Entre las alternativas razonables al tratamiento con corsé se han recomendado algunos ejercicios específicos y las actividades deportivas, pero no bastan por sí mismos para detener la progresión de la desviación. Sin embargo, se suelen aconsejar como complemento del tratamiento con corsé.

La cirugía de la columna es un método eficaz para detener la evolución de la desviación e, incluso, para mejorarla, pero debido a su complejidad, es un tratamiento que se reserva para casos graves en los que el tratamiento con corsé no basta para el control de la deformidad.

La consecuencia previsible en el caso de no usar el corsé es la progresión de la deformidad y, en ocasiones, el dolor.

Si usted o alguna persona autorizada desea mayor información, no dude en consultar a su médico/a responsable o a cualquiera del personal médico del Servicio que le atiende.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de calle
..... Nº, teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSENTO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....