

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO PARA MICROPUNCIÓN

Antes de someterse a un procedimiento es importante que esté bien informado y familiarizado con el procedimiento y los resultados que puede esperar.

Es importante que lea esta información de la forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para el tratamiento propuesto por su médico.

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA MICROPUNCIÓN?

Penetración de la piel con agujas de pequeño tamaño.

Objetivo:

- Generar factores de crecimiento.
- Mejorar la comunicación celular (*cross-talk*).
- Aumentar la absorción transepidérmica.
- Regular el potencial de membrana.

Adicional a estos beneficios, se pueden aplicar protocolos con sustancias que promuevan el rejuvenecimiento, la despigmentación de zonas hiperpigmentadas, la mejora visible en zonas con cicatrices, flacidez y estrías; así como fomentar el crecimiento del cabello

RIESGOS DE LA MICROPUNCIÓN

Existen riesgos y complicaciones asociados con la micropunción.

Previo al tratamiento, se aconseja comentar sus antecedentes médicos con su médico.

Siga todas las instrucciones que le dé su médico tanto previas al tratamiento como después del tratamiento.

Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones que encontrará a continuación, usted debería comentar cada una de ellas con su médico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la micropunción eléctrica.

Eritema y dolor. El eritema y dolor son síntomas comunes durante y posterior a la micropunción. Dependiendo de la profundidad, potencia y duración del tratamiento, así como del tipo de piel y tolerancia del paciente, estos síntomas pueden ser variables, aunque su aparición en la gran mayoría de los casos es momentánea.

Infección. La infección es infrecuente, pero pueden ocurrir infecciones bacterianas o víricas. Si usted tiene antecedentes de infecciones por Herpes Simplex virus alrededor de la boca, es posible que una infección pueda recurrir después de una micropunción eléctrica. Deben prescribirse medicaciones específicas antes de la micropunción con la intención de evitar una infección. Si ocurre cualquier tipo de infección en la piel puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.

Cambio de color. La micropunción eléctrica, aplicada a cierta profundidad y con fuerza excesiva, puede estimular al melanocito creando una sobreproducción de melanina, hiperpigmentando las zonas tratadas, lo cual deberá prevenirse con activos despigmentantes. Este hecho también puede relacionarse a una inadecuada protección solar durante el periodo post-tratamiento. Un enrojecimiento después de una micropunción puede persistir por un periodo de tiempo corto.

Reacciones alérgicas. En casos muy raros se han descrito situaciones alérgicas a agentes usados en la micropunción eléctrica. Por eso es importante el uso de materiales y agujas que garanticen la máxima protección posible.

FIRMA PACIENTE: _____

Cáncer o enfermedades de la piel. Los tratamientos de la piel no ofrecen protección contra el desarrollo del cáncer de piel u otras enfermedades de un futuro.

Ausencia de resultados permanentes. La micropunción eléctrica u otros tratamientos de la piel pueden no mejorar o prevenir completamente las futuras arrugas de la piel. Ninguna técnica puede revertir los signos de envejecimiento de la piel.

Puede ser necesario que usted continúe con un programa de mantenimiento de la piel después de un procedimiento de micropunción eléctrica

Retraso en la curación. La curación puede tardar un tiempo más largo que el anticipado después de una micropunción eléctrica u otro tratamiento de la piel.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO ADICIONAL

Existen muchas condiciones variables que influyen en el resultado a largo plazo de la micropunción eléctrica. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con este procedimiento. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurres complicaciones pueden necesitarse otros tratamientos. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y aunque se esperan buenos resultados no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

NO SE RECOMIENDA EL USO DE MICROPUNCIÓN ELECTRICA EN LOS SIGUIENTES CASOS

Pacientes hemofílicos o con tratamiento anticoagulante

Pacientes con quimio/radioterapia

Embarazadas o en lactancia

Pacientes con acné activo, eccema o psoriasis

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento propuesto para una enfermedad o condición determinada así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su médico puede proporcionar información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA SIGUIENTE PÁGINA:

1. Por la presente autorizo al doctor

Como persona seleccionada para recibir realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: peeling.

2. He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "consentimiento informado para tratamiento _____".

FIRMA PACIENTE: _____

3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente de los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4. Soy consciente de que durante el curso del tratamiento médico pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo el doctor citado ya sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el médico en el momento de iniciar el procedimiento.

5. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

6. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

7. Confines de avances en educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en la cabina o quirófano del centro.

8. ME HA EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

- A. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- B. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- C. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Firme el siguiente consentimiento:

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-8) excepto el punto número: _____

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada: _____

Nombre, apellidos y firma

Fecha: _____ Testigo: _____

Nombre, apellidos y firma

FIRMA PACIENTE: _____