

PEELING Y DERMABRACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PEELING Y DERMABRACION

Este es un documento de consentimiento informado recopilado de varias fuentes y preparado para los pacientes del MIEMBRO TITULAR DE LA SPACPRE Dr. _____ por la Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética en base a libros, artículos y publicaciones por Internet para informarles sobre la PEELING Y DERMABRACION, sus riesgos y los tratamientos alternativos. Es importante que lea ésta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su firma o media firma en cada página, indicando así que la ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía elegida. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. La práctica de la Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento sólo tiene como objetivo demostrar que Ud. está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado; y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación. No implica nada más.

PEELING Y DERMABRACIÓN

El lifting o ritidectomía facial no suele ser tan efectivo en el caso de las finas arrugas faciales, que sí mejoran con un tratamiento mediante peeling químico o dermabrasión. Con estos procedimientos, se trata de eliminar la capa superficial de piel para que durante la curación se minimicen las pequeñas arrugas faciales. Además puede servir para corregir cicatrices superficiales, depresiones o irregularidades de la superficie cutánea (como después de acné juvenil o varicela), manchas e hiperqueratosis cutáneas. En algún caso pueden combinarse ambos procedimientos, dermabrasión y peeling químico. En el caso del peeling químico se aplica una solución química a aquellas áreas de la cara que se desea tratar. La solución se puede aplicar a toda la cara o a algunas áreas específicas tales como boca y región de alrededor de los ojos o mejillas. La dermabrasión consigue un efecto similar, pero en lugar de una solución química utiliza una fresa a modo de lija para eliminar las capas externas de la piel.

PEELING: También llamado exfoliación química. Consiste en la aplicación de uno o más agentes exfoliantes de la piel resultando en la destrucción de una porción de la epidermis y/o dermis con regeneración de nuevo tejido epidérmico y/o dérmico. Los agentes se clasifican en función de la profundidad de la herida que producen:

Superficiales: si afectan a la epidermis y dermis papilar

Medio-profundos: si afectan a la dermis reticular superior

Profundos: si afectan a la dermis reticular profunda

El peeling químico es llevado a cabo en la mayoría de los casos para tratar el daño producido por el sol en la piel. Se trata de producir una lesión parcial de la piel destruyendo la epidermis y porciones superiores de la dermis. La mayor indicación es el foto-envejecimiento por exceso de rayos ultravioleta de tipo A, cuyos signos clínicos son: arrugas, lentiginosis, queratosis, teleangiectasias, pérdida de translucidez y de la elasticidad, y color cetrino de la piel. Según la clasificación de Fitzpatrick, la piel tipo 1 (la más clara) es la mejor candidata al peeling disminuyendo en eficacia hasta el tipo 6, en que es impredecible la respuesta post-inflamatoria y la pigmentación. Los hombres no suelen ser buenos candidatos. No usar en el cuello, tronco o extremidades por problemas de cicatrices hipertróficas. El peeling medio-

profundo está indicado para la corrección de queratosis actínica, discromía y arrugas medias. Se repite cada varios meses para favorecer la remodelación del colágeno.

Peeling profundo: Penetra a una profundidad de 0.6mm.

1. **Tricloroacético al 50-70%**
2. **Fórmula Fenol de Baker-Gordon (ocluido, no ocluido):** Indicado en arrugas profundas y líneas secundarias a fotoenvejecimiento, queratosis premaligna y lentiginosis solar. Especialmente indicado en mujeres con tipo de piel 1 o 2 de la clasificación de Fitzpatrick. Se requiere monitorización y vía venosa.

Está contraindicado en: enfermedades cardíacas, renales, hepáticas y antecedentes de VHS. Pacientes sujetas a tratamiento hormonal con estrógenos y progesterona. Exposición continua a la luz UV y radioterapia previa.

Uso reciente de Isotretinoína. Inestabilidad psicológica. Predisposición a queloides y falta de anexos cutáneos. Lifting reciente. Tipo de piel 4, 5 y 6 de la clasificación de Fitzpatrick.

Complicaciones: Efectos secundarios que se resuelven completamente. Cambios pigmentarios. Eritema menor de tres meses. Milia. Acné pústulo-quístico. Reactivación de herpes: Si tiene antecedentes debe darse profilaxis. Infección bacteriana superficial.

Complicaciones propiamente dichas: Cambios pigmentarios. Eritema prolongado mayor de tres meses. Cicatrices hipertróficas. Toxicidad hepatorenal del fenol. Ectropion del párpado inferior. Problemas de arritmias si se aplica rápidamente. Persistencia de las alteraciones existentes de la piel. Paciente insatisfecho.

DERMOABRACION: La dermoabrasión consiste en un proceso abrasivo que remueve la epidermis y la dermis superficial, resultando una suavización de las irregularidades del contorno y las arrugas faciales. Es una técnica mecánica de manejo manual de unas fresas de diamante o papel de lija con un motor de 12 a 15 mil r.p.m. (revoluciones por minuto). También puede ser sin el motor y solo con papel de lija.

Es una técnica difícil de aprender que puede ocasionar cicatrices si nos pasamos, o un resultado subóptimo si no es suficiente. El problema es saber hasta cuando hay que profundizar. La mayor ventaja, con respecto al peeling, es que podemos saber en todo momento la profundidad de las lesiones que estamos produciendo.

Antes que nada hay que hacer entender al paciente que el resultado no será perfecto, y que lo normal es que mejore un 40-50%. Se precisa conocer antecedentes de Herpes Simple, cirugías previas, intolerancia al frío, problemas en la curación de las heridas y medicación que esta tomando, en especial Isotretinoína, ya que pueden producirse queloides atípicos en pacientes que lo toman. Se recomienda hacer la dermoabrasión recién después de 1 año de dejar de tomarlo.

Aparte, los pacientes que no toleren los problemas de eritema (enrojecimiento), edema (hinchazón) y malestar deben rechazar esta opción. Se debe evitar el acné activo, al menos, dos semanas antes de la dermoabrasión. Remueve la epidermis y dermis superficial, suavizando el contorno y quitando parcial o totalmente la pigmentación, arrugas, cicatrices de acné, cicatrices traumáticas, de varicela, lentigos y tatuajes.

El éxito radica en formar una nueva epidermis a partir de los apéndices dérmicos, por lo que da mejor resultado cuando se hace en piel con anexos y gruesa. Por el contrario, en párpados,

cuello bajo y cara medial de los brazos da lugar a cicatrices hipertróficas. La curación es similar a las zonas donantes de injertos, pero más rápida: a los siete días se forma nueva epidermis y a las dos semanas se forma colágeno.

Complicaciones: Milia o microquistes queratósicos: usar jabones y esponja. Cicatriz hipertrófica o queloide: por predisposición, dermoabrasión profunda o pioderma. Eritema o enrojecimiento: está siempre presente y desaparece entre tres y seis meses.

Hiperpigmentaciones (manchas oscuras): en caso de piel oscura. Evitar el sol durante la fase de eritema. **Hipopigmentación (manchas claras):** se reduce no usando congelantes y haciendo una dermoabrasión superficial. **Formaciones quísticas:** en el caso de varones por la inclusión del vello facial. **Pioderma (vesículas de pus):** indicado el uso de antibióticos y compresas calientes. **Deformidad residual:** necesidad de repetirlas entre tres y seis meses.

Post -operatorio: El color rosa irá desapareciendo gradualmente con el transcurso del tiempo y se puede disimular con maquillaje al cabo de dos o tres semanas. Durante algunos días, en el postoperatorio inmediato, es de esperar cierta hinchazón.

El cirujano le recomendará que evite durante algunos meses la exposición al sol, mientras la piel no haya recuperado su resistencia normal. La exposición prematura al sol puede producir áreas cutáneas con diferente coloración a la piel circundante que requieran tiempo para solucionarse o una repetición del peeling si fuera el caso. Durante este período postoperatorio, una vez que se haya caído la costra, es conveniente usar alguna crema protectora solar de factor elevado. Como en otras intervenciones, el resultado dependerá en gran parte de la calidad de su piel, siendo, para estas intervenciones en general, mejores las pieles más grasas.

Aparte de las raras alteraciones postoperatorias de la pigmentación, inherentes a la calidad personal de la piel o secundarias a una exposición inadecuada al sol, puede ocurrir una infección de la zona tratada, dejando una cicatriz que requiera un tratamiento posterior. En la literatura sólo se han descrito unos pocos casos. El resultado del peeling químico y de la dermoabrasión es muy satisfactorio y puede ser repetido al año o varios años después.

Microdermoabrasión con cristales:

Es un peeling suave que utiliza el pulido de sales de aluminio sobre la capa más superficial de la piel. La succión que acompaña el procedimiento tiene un efecto estimulante sobre la piel.

Efecto: renueva la piel, aumenta su suavidad, mejora las arrugas finas. Su procedimiento se basa en el uso de pequeños microcristales de material abrasivo, denominados dióxido de aluminio, que producen un desgaste de la epidermis de nuestra piel.

Comparados con otros métodos, como el peeling químico, por ejemplo, la microdermoabrasión ofrece los beneficios de la precisión y resultados que se ven de inmediato.

La combinación de exfoliación, leve succión y compresión, estimula la producción de fibrina - por el crecimiento de los fibroblastos- y de las fibras de colágeno. En el proceso conseguimos aumentar el espesor de la piel interna, darle juventud y enriquecerla en colágeno. El resultado es una piel fresca y saludable.

La microdermoabrasión es, posiblemente, el arma más eficaz para combatir cicatrices, arrugas, daño solar en la piel, manchas superficiales por la edad, poros dilatados y estrías. El tiempo promedio del procedimiento es de alrededor de 40 a 45 minutos, dependiendo de la

condición de la piel, el área a tratar y el resultado deseado. Con el primer tratamiento, el paciente notará una inmediata mejoría en la textura y la apariencia de su piel. La sensibilidad de los clientes a los tratamientos de microdermoabrasión es mínima. Algún tipo de enrojecimiento puede aparecer después del tratamiento, y la piel puede sentirse tensa, pero será un efecto pasajero que al poco tiempo se eliminará por completo. No hace falta reposo ni faltar al trabajo el día siguiente.

La microdermoabrasión está imponiendo un nuevo estándar para el cuidado de la piel. Es un procedimiento rápido, sin mayores contraindicaciones, no requiere anestesia, realizable en cualquier período del año y en cualquier momento del día. Sólo requiere de un profesional calificado para realizarla.

CONSENTIMIENTO:

He recibido y leído el precedente folleto informativo: **Consentimiento informado de la SPACPRE, para PEELING Y DERMABRASION**

Me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para decidir libremente por la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos y los riesgos y consecuencias del procedimiento o tratamiento elegido por mi propia voluntad.

Me facilitaron toda la literatura y fuentes de información requeridas además de este informe previo y se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito mas información.

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

Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de COMPLICACIONES inclusive con riesgo de vida. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los planeados. Autorizo al cirujano citado y a su equipo de profesionales 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 cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran estas situaciones y tratamientos, así como de los gastos de las cirugías adicionales y asociadas tanto para la corrección de las complicaciones como de los resultados insatisfactorios.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi nombre no será revelado en las imágenes que serán de propiedad del cirujano. Doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano con fines de avances en la educación médica.

He elegido libremente la anestesia a ser utilizada y la localización de las incisiones y drenajes.

Autorizo al cirujano que disponga a su criterio de los tejidos y materiales retirados de mi cuerpo para su estudio o desecho.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DE MI HISTORIAL CLINICO PASADO y PRESENTE, INCLUYENDO LAS PATOLOGÍAS Y HABITOS QUE PODRIAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACION O AUMENTAR EL RIESGO PARA ESTE TIPO DE CIRUGIA INCLUSIVE A LARGO PLAZO.

He leído con anterioridad este consentimiento y recibido una copia del mismo.

Autorizo y requiero al

Dr. _____

y su equipo de colaboradores a realizar en mí el siguiente procedimiento médico:

Todos los espacios han sido llenados previamente y todas las páginas llevan mi firma o media firma.

Paciente:

Doc. Id.:

Testigo:

Doc. Id:

Lugar y Fecha: