



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 FACIAL Y CERVICAL

D./Dña.:.....de.....años de edad.  
(Nombre y dos apellidos)  
con domicilio en .....  
y ..... D.N.I.nº.....en calidad  
de.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Autorizo al Dr. Joel Joshi Otero.....y a su equipo a intervenirme según hemos acordado verbalmente y por escrito. **Reconozco y comprendo el proceso al cuál voy a ser sometido/a**, tanto en su diagnóstico, pronóstico y tratamientos que el doctor y su equipo consideren oportunos.  
Reconozco que una vez leídos los siguientes puntos, incluyendo las complicaciones inherentes a este procedimiento, acepto llevar a cabo el tratamiento, **consciente de los riesgos y beneficios** de dicho procedimiento.  
He sido correctamente informado de los métodos alternativos de tratamiento para mi caso, pero opto, consciente y libremente por un/ una: *FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 FACIAL / CORPORAL*  
Considero este tratamiento necesario para mí, ya que siento preocupación por mi problema y creo que esta es la mejor manera de resolverlo de todas las que me han explicado.

Reconozco y acepto que en cirugía y medicina estética (y este procedimiento lo es) **no se pueden dar garantías ni seguridad absolutas en cuanto al resultado de los procedimientos ni salud del paciente**, ya que en estos intervienen, a lo largo del trans y del postoperatorio, factores y variables independientes de la técnica, el material y los instrumentos utilizados.

Autorizo la obtención de documentación icnográfica sobre mi caso, que sirva para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados. Esta información puede ser utilizada para fines de difusión científica y académica, así como para evaluación de resultados.

Fecha.

Firma Dr.:

Firma paciente:

### INFORMACIÓN GENERAL

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, el procedimiento denominado FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 FACIAL / CORPORAL, así como los aspectos más importantes del período posterior al tratamiento y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de su realización, pueden aparecer.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Qué es: Llamamos FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la mejoría de los signos cutáneos del envejecimiento, como arrugas finas, líneas de expresión, discromías, etc. así como la mejoría de las secuelas que el acné y las cicatrices dejan en la piel.

El tratamiento se realiza con un láser CO2. Se denomina FRACCIONAL porque el sistema escanea la piel del paciente y realiza disparos de luz láser siguiendo un patrón determinado. En las zonas tratadas se promueve la formación de nuevas fibras de colágeno y la regeneración de la piel en su conjunto, mientras que la piel adyacente no impactada por el láser favorece una rápida cicatrización.

En qué consiste el procedimiento: La FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 se puede realizar bajo anestesia general, anestesia local más sedación o anestesia local únicamente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano. La luz láser se aplica de manera fraccionada sobre la piel de la zona afectada en cada caso. Tras el procedimiento se aplica una crema protectora sobre la zona, y en ocasiones productos que mejoren la cicatrización o potencien los efectos del tratamiento. Durante los primeros días se deben extremar los cuidados de la piel tratada y evitar la exposición al sol. Los resultados definitivos se valoran pasados unos 4-6 meses, ya que hasta entonces existirán fenómenos de cicatrización.

Cuánto dura: El procedimiento dura aproximadamente 1 hora.

#### BENEFICIOS ESPERABLES

Mejoría de los signos del envejecimiento, como arrugas, líneas de expresión y manchas. Se pretende la regeneración de la piel de la zona tratada para conseguir un aspecto más uniforme y terso. En casos de cicatrices, como las de acné, mejoría de las mismas haciéndolas menos visibles.

#### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Las alternativas a la FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 incluyen la dermo abrasión y la quimioabrasión (peelings). Existen ventajas e inconvenientes para cada uno de estos tratamientos que le han sido cuidadosamente explicadas.

En caso de NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN, persistirán los signos de envejecimiento y las diversas imperfecciones de su piel. En cualquier caso, estas alteraciones no suponen un riesgo para su salud y puede elegir no realizar tratamiento alguno para las mismas, utilizar cosméticos o valorar otros métodos quirúrgicos de rejuvenecimiento de la piel.

#### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 es un tratamiento extraordinariamente seguro. No obstante, cualquier procedimiento quirúrgico entraña unos riesgos que usted debe conocer. La decisión individual de someterse a un tratamiento se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su médico para asegurarse que comprende los riesgos, complicaciones y consecuencias de la FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2.

- Es normal la aparición de eritema (enrojecimiento) y edema (hinchazón) desde el primer momento, que irán remitiendo con el paso de los días.
- Pese a una correcta protección ocular durante el procedimiento, pueden aparecer conjuntivitis que duren una o dos semanas. La ceguera tras un tratamiento láser CO2 es extremadamente rara. Sin embargo, puede ocurrir si el globo ocular es dañado durante o después del procedimiento.
- Infección: puede aparecer o reaparecer una lesión de Herpes que obligue a su tratamiento. Asimismo pueden producirse infecciones en la zona tratada que requieran el uso de antibióticos.
- Cicatrización anormal o patológica, que se traduzca en cicatrices antiestéticas, pigmentadas o dolorosas. Existen métodos para mejorar estas alteraciones que podrían ser necesarios.



- Asimetría: Puesto que habitualmente los dos lados de la cara no son simétricos pueden aparecer diferencias entre ambos lados después del tratamiento.
- Dolor crónico: este tipo de dolor es muy infrecuente después de este tipo de tratamiento.
- Alteraciones y cáncer de piel: Estas patologías pueden desarrollarse con independencia de haberse sometido al tratamiento con láser CO2.
- Resultados no satisfactorios: El resultado obtenido puede no ser el esperado por usted. Además, el tratamiento láser puede ocasionar deformidades láser visibles inaceptables, pérdida de función y/o sensibilidad. En ocasiones es necesario realizar tratamientos adicionales para mejorar el resultado.

#### CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE

Siga las indicaciones de su médico cuidadosamente; esto es esencial para obtener un resultado satisfactorio. Es importante cuidar las zonas tratadas con el láser de la manera que le sea indicada. La actividad personal y profesional deberá restringirse según dictamine su médico. El paciente será especialmente cuidadoso con la exposición de la zona al sol y la protegerá como se le indique. La actividad física que aumente la presión sanguínea o la frecuencia cardíaca puede prolongar el periodo de recuperación, por lo que se recomienda limitarla unos días. Es importante que el paciente participe en la atención del seguimiento, que acuda a las revisiones previstas y que promueva la recuperación después del tratamiento, hasta el alta médica definitiva.

**- Declaro:**

Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que el tratamiento descrito es una de las indicaciones establecidas en medicina y cirugía facial para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización; siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del tratamiento sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

#### CONSIENTO

**QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO de FOTOTERMOLISIS FRACCIONAL CON LASER CO2 FACIAL así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica**  
**En .....a.....de.....**

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

Dr. Joel Joshi Otero  
MD. PhD FEACMFS  
Col. 284619581