

Consentimiento informado del tratamiento con ondas de choque y endermologie

El tratamiento de ondas de choque y endermologie que utilizamos, son dos técnicas mecánicas que permiten la vasodilatación y activación celular, son tratamientos no invasivos.

Las ondas focales que utilizamos son las electromagnéticas y las piezoeléctricas que producen un impulso sónico que se transmite mediante un aplicador utilizando el gel de ultrasonidos como conductor, y da lugar a la mecanoducción, pasando de un estímulo mecánico a uno biológico y normalizar los tejidos sobre los que se actúa: piel, vasos, músculos, tendones, fascias, hueso y permiten romper a ciertas intensidades las calcificaciones.

La endermología es una técnica no quirúrgica basada en el principio de mecanoestimulación, y que permite la activación celular mediante la mecanización del tejido conjuntivo.

La finalidad de ambos tratamientos es la regeneración tisular a distintas profundidades y normalizarlas alteraciones a tratar entre un 80 y un 90 %.

Ambas técnicas aumentan la vascularización y la producción de elastina, ácido hialurónico y colágeno endógenos y regeneración del resto de los tejidos tratados. Son dos técnicas complementarias que se aplican en distintas situaciones clínicas. Siempre se aconseja una gran ingesta de líquidos, ejercicio y dieta.

Apartado A.

Con OC tratamos las patologías de inserción en los muslos, se ha visto como desaparece la celulitis y mejora la textura de la piel, posteriormente cuando se ha tratado con LPG hemos comprobado que el efecto anteriormente mencionado es aún mayor en la celulitis. Los pacientes nos han referido que le ha aumentado el tránsito intestinal y mejorado el estreñimiento de forma notable durante el tratamiento.

Apartado B.

- Facial: restaurar la elasticidad y firmeza de la piel, disminuyendo así la profundidad de las arrugas, aumentando la vascularización de la zona, la elastina, el ácido hialurónico y el colágeno endógenos. Se utilizarán diferentes cabezales asegurando así, poder tratar todas las zonas con la máxima eficacia.

- Corporal: tratar la denominada "celulitis" y los problemas de grasa localizada de determinadas áreas corporales: brazos, espalda, abdomen, nalgas, caderas y muslos. La celulitis se trata actuando básicamente sobre los tejidos conjuntivos hipodérmicos, estimulando la vascularización, la eliminación de las toxinas y los intercambios intercelulares. Reduce la retención de líquidos, favoreciendo el funcionamiento de los sistemas venoso y linfático. Se favorece una remodelación del cuerpo y una reducción de volumen corporal, así como una potenciación de la lipólisis (destrucción de la grasa) en los niveles más profundos, tanto en el hombre como en la mujer. A nivel epidérmico se produce una exfoliación que elimina las células muertas y le devuelve a la piel un mejor aspecto. De esta forma, la técnica ofrece una respuesta a los principales problemas estéticos, adaptándose a las particularidades de cada persona.

Se produce una mejora de los resultados cuando se realizan tratamientos antes y después de otras técnicas quirúrgicas invasivas, tales como la liposucción o la abdominoplastia. Deberán tenerse en cuenta en estos casos las posibles contraindicaciones médicas que puedan desaconsejar temporal o permanentemente la aplicación estética de la técnica **Endermologie**.

Para realizar los tratamientos en el cuerpo se utiliza una malla que lo cubre; su finalidad, es la de preservar la intimidad e higiene del paciente, así como facilitar las maniobras de desplazamiento del cabezal.

Deberán tenerse en cuenta las posibles contraindicaciones médicas que puedan desaconsejar temporal o permanentemente el uso de ambas técnicas.

RIESGOS Y CONTRAINDICACIONES

- Eventración, hernia abdominal.
- Angiomas.
- Varices dolorosas.
- Lipoma.
- Queloides.
- Vitíligo.
- Embarazo (el protocolo de drenaje no está contraindicado).
- Infección, erupción cutánea.
- Cáncer en curso de evolución en la zona en la que se realiza la aplicación.

- Flebitis.
- Tratamiento con anticoagulante o enfermedad que impida la coagulación de la sangre.
- Arritmias.
- Utilización de marcapasos.
- Toda cirugía de menos de 6 meses de evolución (tanto faciales como corporales).
- Peeling, microdermoabrasión, inyecciones de menos de 1 mes si persiste rojez o descamación.
- Inyección de Botox de menos de 2 semanas.
- Cuperosis y fragilidad capilar localizadas.

En caso de conocer el paciente alguno de los supuestos referidos ha de manifestarlo y hacerlo constar.

NOTA FINAL

El proceso de consentimiento informado pretende satisfacer las necesidades de información del paciente 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 riesgo posibles.

Accedo y autorizo a seguir un control fotográfico pre y post tratamientos u otros materiales audiovisuales y gráficos y con la sola finalidad del control evolutivo de mi tratamiento y valoración científica. SI/NO (táchese lo que no proceda).

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____