



CONSEJOS POSTERIORES A LA REALIZACIÓN DEL PEELING QUÍMICO PROFUNDO

Estimado paciente,

Usted se acaba de intervenir del procedimiento denominado peeling químico profundo, y como consecuencia, debe conocer los siguientes aspectos relacionados con su curación y su responsabilidad para que el resultado del procedimiento sea el óptimo.

Recuerde que un tratamiento médico ejecutado con la mayor corrección puede no dar el resultado deseado debido a un mal cumplimiento por parte del paciente.

RECOMENDACIONES GENERALES

Es esperable que aparezca una intensa rojez y a los 3-4 días comience una intensa descamación de la piel. Es importante que evite manipular o tirar de esos pellejos de piel descamada. Evite realizar procedimientos como depilación, microdermoabrasión, láser o limpiezas de cutis hasta que se haya completado la reepitelización completa. Intente dormir boca arriba sin apoyar la cara sobre la almohada los 5-7 primeros días tras la realización del procedimiento.

HIGIENE PERSONAL

Usted podrá realizar una ducha normal al día siguiente de la realización del procedimiento, evitando que el chorro de agua caliente de la ducha caiga directamente en la cara.

PROTECCIÓN SOLAR

La protección solar es clave para la prevención de hiperpigmentaciones en la piel. Se recomienda aplicar una capa de protector solar con factor 50 desde el mismo día de la realización del procedimiento por toda la cara al menos dos veces al día y evitar la exposición solar directa durante al menos 2 meses.

REINCORPORACIÓN A LA VIDA LABORAL

Después de este procedimiento, se considera habitual poder volver a reiniciar su actividad laboral normal en 2-3 semanas. El tipo de actividad laboral puede ser muy diferente entre pacientes, por lo que le aconsejamos que consulte a su médico según su tipo de trabajo.



REINCORPORACIÓN AL EJERCICIO FÍSICO HABITUAL

Después de este procedimiento, se considera habitual poder volver a reiniciar su actividad física normal al cabo de las 24-48 horas. Para que pueda tener una referencia, se adjunta el tipo de ejercicio y el tiempo que se aconseja estar sin practicarlo:

- Actividad aerobia suave (caminar, pasear, pilates, yoga): 2 días
- Actividad aerobia exigente (correr, bicicleta): 2 semanas
- Actividad anaerobia (pesas, cross training, etc): 2 semanas

MAQUILLAJE

Evite aplicar maquillaje hasta que se haya completado la reepitelización en 2-3 semanas. Es recomendable el uso de productos oil-free.

MEDICACIÓN HABITUAL

Como medicación concomitante y para minimizar posibles efectos secundarios le recomendaremos tomar cierta medicación:

- valaciclovir 500mg cada 12 horas durante 10 días comenzando el día anterior a la realización del procedimiento.
- amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante 8 días
- fluconazol 150mg 1 comprimido al día 7 días
- prednisona 30mg (con el desayuno): 1 comprimido al día 5 días; 2/3 del comprimido al día 5 días y 1/3 del comprimido al día otros 5 días

POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER

Erupciones acneiformes, hipo o hiperpigmentaciones, infecciones o dolor.

FORMA PACTADA DE CONTACTO CON EL CENTRO MÉDICO

Se establece que en caso de presentar una posible complicación como las anteriormente descritas tanto en el consentimiento informado como en el presente documento, el paciente podrá ponerse en contacto con el Doctor/a _____ de la siguiente manera:

- Teléfono de urgencia
- Correo electrónico de urgencia:
- Horario de urgencias
 - Lunes a Viernes: de __:__ horas hasta las __:__ horas
 - Sábados: de __:__ horas hasta las __:__ horas
 - Domingos y festivos:



En el caso en el que por una situación imprevista fuera imposible la atención por parte de su médico habitual, se acuerda que podrá acudir al servicio de Urgencias del centro hospitalario de _____ con dirección _____.

Debe saber que el coste de la atención de urgencias por cualquiera de los posibles problemas citados previamente no está incluido en el presupuesto facilitado, y que usted deberá abonarlo al finalizar el proceso de atención de urgencias.

OTRAS PARTICULARIDADES QUE DEBE TENER EN CUENTA EN SU CASO

- 1º _____
- 2º _____
- 3º _____
- 4º _____
- 5º _____
- 6º _____
- 7º _____
- 8º _____
- 9º _____
- 10º _____

Fecha:

Firma paciente

Firma médico