

CONSENTIMIENTO INFORMADO, PEELING QUÍMICO

Centro: [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Marco legal:** Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente (información y consentimiento por escrito en procedimientos con riesgo).

1. Identificación

- **Paciente (D./Dña.):** [NOMBRE] · **DNI / NIE:** [DNI] · **Fecha de nacimiento:** [___]
- **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada **[N° COLEGIADA]** · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]
- **Fecha de la información y firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

2. En qué consiste y con qué objetivo

El peeling químico aplica sobre la piel una sustancia (p. ej. ácido glicólico, salicílico, mandélico, tricloroacético/TCA, u otros) que produce una **exfoliación controlada** para mejorar textura, manchas, arrugas finas, acné o marcas. Según la profundidad, se clasifica en **superficial, medio o profundo**, con más eficacia y también más riesgo cuanto más profundo. Zona a tratar: **[ZONA]**. Profundidad prevista: [___]. Suele necesitar **varias sesiones** (superficiales) o una recuperación más larga (medios/profundos).

- **Agente y concentración:** [PRODUCTO] · **Lote:** [LOTE] · **Caducidad:** [CADUCIDAD]
- **Fototipo (Fitzpatrick):** [___]

3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- **No tratarse:** opción válida y sin riesgos.
- Cosmética tópica (retinoides, despigmentantes), fotoprotección.
- Otros procedimientos (láser, mesoterapia, microneedling) con indicaciones y riesgos distintos.

4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

Mejora de la textura, luminosidad, manchas o líneas finas de la zona tratada, de forma **progresiva** tras la descamación. El resultado **varía** con el fototipo, el estado de la piel y el cumplimiento de la fotoprotección; puede requerir varias sesiones y mantenimiento. La médica pone los **medios** conforme a la buena práctica y **no garantiza un resultado concreto** (obligación de medios, no de resultado; STS 828/2021).

5. Riesgos

Frecuentes y esperables (transitorios): - Enrojecimiento, escozor o sensación de calor durante y tras la aplicación. - **Descamación**, tirantez y sequedad los días posteriores. - Costras superficiales y aclaramiento temporal.

Infrecuentes: - **Hiperpigmentación posinflamatoria** (manchas oscuras), en especial en **fototipos altos (IV-VI)** o con exposición solar; suele ser transitoria, pero puede persistir. - **Hipopigmentación** (aclaramiento) o líneas de demarcación entre zona tratada y no tratada. - Reactivación de **herpes** facial; infección. - Eritema prolongado; reacción alérgica.

****Riesgos graves (más asociados a peelings medios/profundos):**** - ****Cicatrices, incluidas queloides o retráctiles. - ****Discromías permanentes** (hipo o hiperpigmentación que no se recupera). - **Quemadura química más profunda de lo previsto.** - **Con peelings profundos de fenol: posible** toxicidad cardiaca (arritmias)** , renal o hepática; requieren monitorización y valoración específica.

6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

Contraindicado / precaución en: - **Piel bronceada o con exposición solar reciente**; fototipos altos (mayor riesgo de discromía) → valorar profundidad. - ****Embarazo y lactancia** (según el agente). - **Infección o herpes activo, dermatosis o heridas en la zona; rosácea/dermatitis en brote.** - Isotretinoína** en los últimos 6-12 meses (para peelings medios/profundos). - Antecedente de **queloides** o cicatrización patológica; expectativas no realistas.

Debe declarar además: herpes de repetición, peelings/láser previos, tratamientos despigmentantes o retinoides en curso, alergias y su fototipo real.

7. Cuidados posteriores

- ****Fotoprotección estricta (SPF 50+)** y evitar el sol es **obligatorio** durante todo el proceso: es el factor que más previene las manchas.**
- No arrancar costras ni exfoliar; hidratación y limpieza suaves según pauta.
- Evitar calor, sauna, sudoración intensa y maquillaje hasta que se indique.
- **Consultará** si aparece dolor intenso, ampollas, signos de infección o color anómalo persistente. Contacto: [TELÉFONO].

8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico pre/post con fines clínicos **forma parte de mi historia clínica** (documentación asistencial; art. 6.1.b y 9.2.h RGPD), según la **Ficha de Valoración y Registro Fotográfico. Cualquier otro uso** (docencia, redes, web, publicidad) requiere mi **consentimiento separado, específico y revocable** (documento **Consentimiento de Datos e Imagen**). He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica.

9. Declaración de comprensión

He leído y comprendido esta información, se me ha explicado en lenguaje claro, he podido **preguntar** y se me ha **respondido**. He dispuesto de tiempo para decidir. Recibo copia.

10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, sin justificación y sin perjuicio para mi atención.

11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

- Paciente / representante legal: _____ DNI: [DNI]
- Médica: Dra. [NOMBRE], colegiada [Nº COLEGIADA]: _____