

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PEELING QUÍMICO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Peeling Químico, consiste en la aplicación de diferentes sustancias químicas sobre la piel con el objeto de pelar o exfoliar las capas más externas de ésta.

Se usa para mejorar el aspecto de la piel dañada por el sol, disminuir arrugas, mejorar cicatrices de acné o varicela, y decolorar o eliminar manchas.

Dependiendo del poder de penetración de la sustancia química se eliminarán más capas de piel.

A mayor profundidad, mayores efectos, pero también más riesgos. Se emplea sobre todo en la piel de la cara.

Los ácidos que lo componen sirven para atender las distintas patologías de la cara y el cuerpo.

La tolerancia del paciente y los objetivos del tratamiento definen el tipo de sustancia a utilizar.

Los ácidos son derivados de plantas, frutas o caña de azúcar y se presentan en concentraciones distintas, de cuya escala dependerán sus efectos y profundidades.

En el caso del **peeling químico** se aplica una solución química en aquellas áreas de la cara que se desea tratar. La solución se puede aplicar a toda la cara o algunas áreas específicas tales como la boca y la región de alrededor de los ojos o mejillas.

El resultado del peeling químico es muy satisfactorio y puede ser repetido.

Los peelings pueden realizarse a tres niveles:

- **Superficial** (dentro de la epidermis)
- **Medio** (en la epidermis papilar)
- **Profundo** (en la dermis reticular).

Y para realizarlos se pueden utilizar diversas sustancias: ácido retinoico, ácido mandélico, ácido tricloroacético, ácido láctico, ácido glicólico y otros alfa-hidroxiácidos.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse **efectos indeseables**, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento:

Cicatrización: aunque se espera una buena curación después del procedimiento, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. En casos raros pueden resultar cicatrices queloides. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

Cambio de color: los agentes de peeling químico pueden aclarar de forma permanente el color natural de la piel. Existe la posibilidad de variaciones irregulares de color en la piel, con áreas que pueden ser más claras o más oscuras. Se han descrito oscurecimientos permanentes de la piel después de peelings químicos. Puede darse una línea de demarcación entre la piel normal y la piel tratada con peeling. Un enrojecimiento después de un peeling puede persistir por un periodo de tiempo prolongado.

Resultado pobre: existe la posibilidad de un resultado menor del esperado con estos procedimientos.

Recurrencia de las lesiones cutáneas: las lesiones de la piel pueden volver a aparecer en algunas situaciones después de un peeling o tratamiento cutáneo. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía secundaria.

Reacciones alérgicas: en casos raros se han descrito reacciones alérgicas a medicaciones y agentes usados en el peeling químico o tratamientos cutáneos. En casos raros se han visto alergias locales a conservantes usados en cosméticos o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante el procedimiento o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Quemaduras solares: ciertos tipos de agentes de peeling químico pueden favorecer de forma permanente las quemaduras cutáneas por sol. La piel después de un peeling químico puede perder la habilidad normal para teñirse (oscurecerse) cuando se expone a la luz solar.

Ausencia de resultados permanentes: el peeling químico u otros tratamientos de la piel pueden no mejorar o prevenir completamente las futuras arrugas de la piel. Ninguna técnica puede revertir los signos de envejecimiento de la piel. Pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales para estirar posteriormente una piel flácida. Puede ser necesario que usted continúe con un programa de mantenimiento de la piel después de un procedimiento de peeling químico.

Retraso en la curación: la curación puede tardar un tiempo más largo que el anticipado después de un peeling.

Problemas cardiacos: se ha descrito que algunos agentes de peeling químico pueden producir ritmos cardiacos anormales que pueden requerir tratamiento médico si ocurren durante el procedimiento. Este es un problema potencialmente serio.

Riesgos desconocidos: existe la posibilidad de que sean descubiertos factores de riesgo adicionales en el peeling químico y tratamientos de la piel.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Durante el curso del tratamiento, o con posterioridad al mismo, pueden presentarse condiciones imprevistas que impliquen procedimientos diferentes a los aquí referidos.

Con posterioridad al tratamiento debe seguir las pautas, consultas y cuidados que se le han indicado. La alternativa al tratamiento es el No tratar la piel con agente de Peeling químico y utilizar otras técnicas de cirugía estética.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Peeling Químico**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PEELING QUÍMICO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)