



TAP. HAYDEE RHO. CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

05 MAY 2019

Resolución Directoral

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Lima, 03 de Mayo de 2019

Visto el Expediente Nº 19-011595-001 conteniendo el Memorando Nº 292-2019-DEM-HNHU, de la Jefa del Departamento de Especialidades Médicas quien solicita la aprobación de las Guías de Procedimientos del Servicio de Dermatología de dicho Departamento, mediante acto resolutivo;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 302-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud Nº 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por guías de práctica clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos en las instituciones del Sector Salud;

Que, el artículo 3º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala entre otros, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el artículo 31º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue señala que el Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas, es el encargado de brindar atención médica especializada de los daños que afecten la piel y las faneras, depende del Departamento de Especialidades Médicas y tiene asignadas las siguientes funciones generales: a) Organizar y desarrollar la atención integral y especializada referente al tratamiento del paciente con afecciones de la piel y las faneras por medios clínicos y d) Elaborar, evaluar y garantizar el uso de las guías de práctica clínica y procedimientos de atención médica por la especialidad, orientadas a brindar un servicio con eficiencia y calidad;

Que, con el Memorando Nº 099-2019-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad informa que las guías de procedimientos propuestas por el Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas se encuentran aptas para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 338-2019-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar las guías de procedimientos del Servicio de Dermatología del Departamento de Especialidades Médicas, por los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución, las mismas que se detallan a continuación:

1. Guía de Procedimientos de Tratamiento Láser para Enfermedades de Piel Inflamatoria (no estético).
2. Guía de Procedimientos de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Benignas (no estético)
3. Guía de Procedimientos de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Cutáneas Vasculares Proliferativas Faciales (no estético).
4. Guía de Procedimientos Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Cutáneas Vasculares Proliferativas de Miembros Inferiores (no estético).
5. Guía de Procedimientos de Tratamiento Láser para Enfermedades de Piel Inflamatoria (psoriasis) (no estético).
6. Guía de Procedimientos de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Benignas o Lesiones Cutáneas Vasculares Proliferativas (no estético).

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423

LWMM/OHACH
Marlene G.
DISTRIBUCION.
() D. Adjunta
() Dpto. de Especialidades Médicas
() OAJ.
() Of., Gestión de la Calidad
() Serv. Dermatología
() OCI
() Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA ENFERMEDADES DE PIEL INFLAMATORIA (NO ESTÉTICO)

I. **NOMBRE** : TRATAMIENTO LÁSER PARA ENFERMEDADES DE PIEL INFLAMATORIA (PSORIASIS) – ÁREA TOTAL MENOR DE 250 CM CUADRADO
CÓDIGO : 96920

II. DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento: Consiste en la aplicación de láser del tipo Erbio: YAG con técnica de modo SMOOTH PULSE (técnica no ablativa) sobre cicatrices recientes, menores de 3 meses y mayores de un mes de producida la solución de continuidad.
- Aspectos epidemiológicos importantes: Las cicatrices se producen como parte de la respuesta fisiológica normal del organismo a una alteración de la integridad de cualquiera de los tejidos que la componen. De forma general, pueden clasificarse:
 - Normotróficas
 - Atrófica
 - Hipertróficas
 - Queloides ⁽¹⁾

A causa de una lesión traumática, quirúrgica o de otra naturaleza y se considera que, a pesar de tratarse de un mecanismo defensivo fisiológico, la cicatrización ocasiona efectos médicos indeseables como dolor o prurito, déficit funcional, restricción de movimientos, alteraciones de crecimiento y secuelas estéticas y psicológicas.

Existen variables clínicas que influyen en la cicatrización de cada paciente:

- Localización anatómica
- Sexo
- Raza
- Edad
- Tamaño de la herida y contaminación local
- Predisposición genética

Epidemiología: Cicatrices hipertróficas y queloides afectan entre 5-15 % de las heridas ⁽¹⁾.


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

III. INDICACIONES

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

INDICACIONES ABSOLUTAS. -

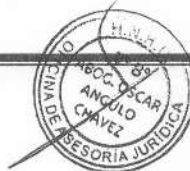
- Cualquier cicatriz reciente en cualquier región anatómica (antes de 3 meses) en cualquier época del año y en fototipos morenos (Fototipo IV – VI), incluso en región peri ocular.

INDICACIONES RELATIVAS. -

- Cualquier cicatriz reciente con contraindicación de corrección quirúrgica.

IV. CONTRAINDICACIONES

- Herpes viral simple activo
- Herpes zoster activo
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros.
- Piel bronceada
- Embarazadas





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- Pacientes con uso de anticoagulantes.

V. REQUISITOS:

- Condiciones con las que el paciente debe contar para que se le pueda realizar el procedimiento: Seguir indicaciones pre y post procedimiento por el médico dermatólogo. Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones.
- El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Erbium: YAG que cuente con Modo SMOOTH PULSE (Fotona).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama y coche de curaciones.
- 6.3 Material Médico Fungible: Guantes descartables, jabón líquido, gasas chicas, gorros descartables, mascarillas y papel toalla.
- 6.4 Medicamentos: Anestésico local de absorción percutánea.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en decúbito dorsal después de la orientación, documentación fotográfica y firma del consentimiento informado (médico dermatólogo).
2. Vestir al paciente con gorro descartable y soleras, de ser necesario, de acuerdo al área topográfica a tratar (técnico de enfermería).
3. Limpieza del área a tratar y aplicación de gel anestésico percutáneo 15 a 30 minutos antes del procedimiento (técnico de enfermería).
4. Encendido y programación del equipo láser Erbium: YAG Modo SMOOTH, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo. Usar siempre la pieza RO4 con distanciador (médico dermatólogo).
5. Quitar el gel anestésico con gasa embebida en solución fisiológica (técnico de enfermería).
6. Aplicación de láser sobre cicatriz del área anatómica a tratar según técnica indicada por el proveedor de acuerdo a la región anatómica a tratar (médico dermatólogo).
7. Aplicación de corticoide tópico en toda la superficie tratada y luego protector solar si se trata área fotoexpuesta (personal técnico)
8. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (medico dermatólogo).
9. Programación de citas (personal técnico).





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

VIII. COMPLICACIONES

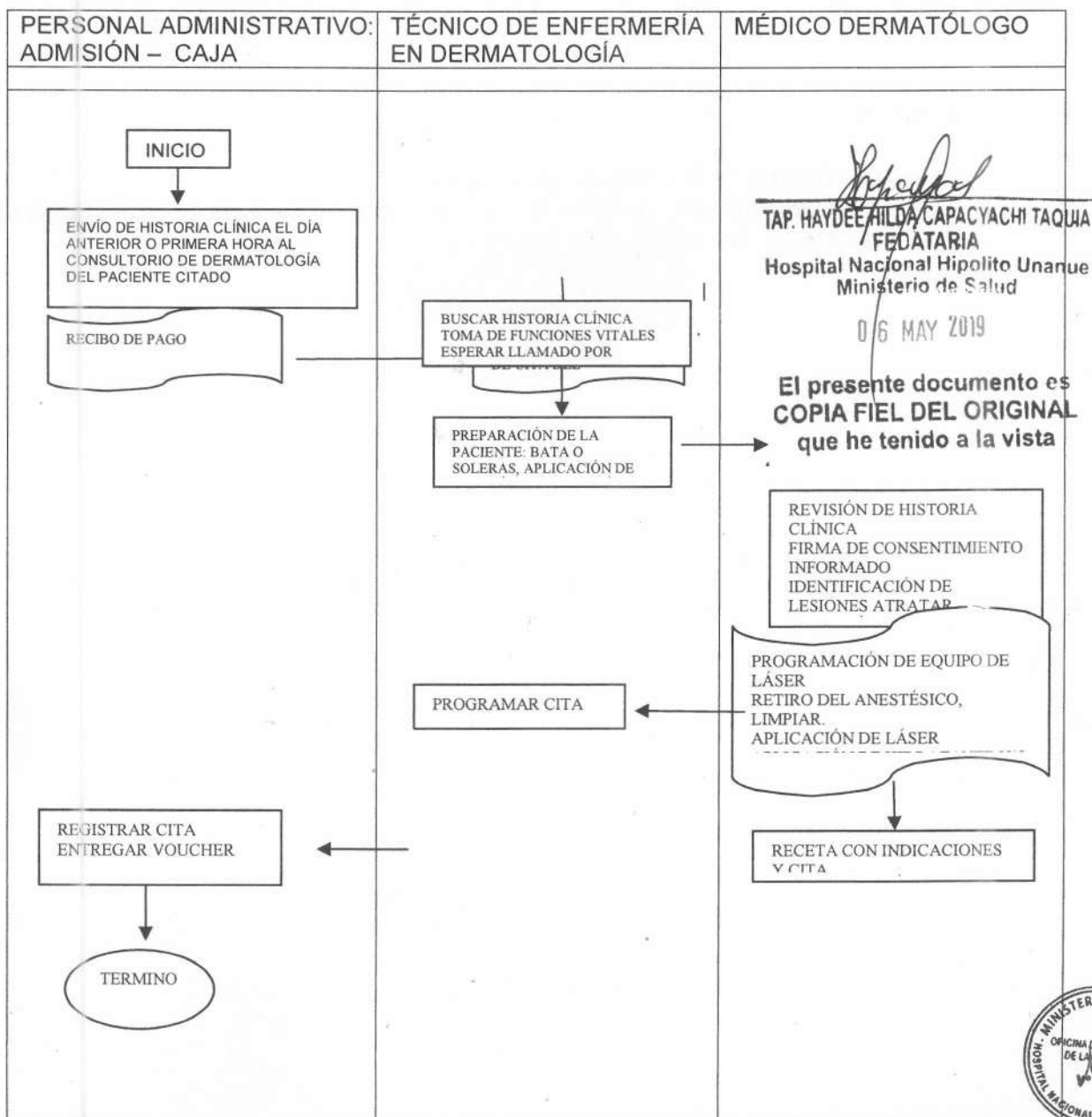
- Ampollas.
- Cicatrices.
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hiperpigmentación residual.

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para regulación en indicaciones y/o terapéutica adicional.

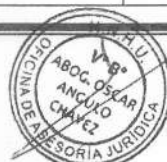
IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo.

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



Servicio de Dermatología



Página 3



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herranz, Pedro y Santos Heredero, Xavier. Cicatrices, Guía de Valoración y Tratamiento. Edic. Publicidad Just in time S.L., Diciembre 2012. Págs. 1-21
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
3. Fotona América Latina. Pidal, Claudia M. Guía de Práctica de Aplicaciones en Dermato-Estética. Laser Erbium:YAG. Pág.: 18-22.
4. De Carli, Eduardo y col. Dermatología Quirúrgica y Estética. Edic. Journal, Argentina, 2014. Págs. 205-209.
5. Kaufmann, Roland y col. Operaciones Dermatológicas. Tercera Edición. Año 2009. AMOLCA, Venezuela. Págs. 15-24.

XII. ANEXOS.

Anexo 01: Cuadro de Parámetros de Aplicación

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Enfermedades de Piel Inflamatoria (No estético)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 01

Cuadro de Parámetros de Aplicación

Modo	Spot (mm)	Densidad de Energía (J/cm ²)	Frecuencia (Hz.)	Observaciones
SMOOTH	12	1,8 – 2,0	1.0	La cantidad de pasajes dependerá del área anatómica


TAP. HAYDEE AILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 02

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
ENFERMEDADES DE PIEL INFLAMATORIA (NO ESTETICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Erbio YAG consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices postacné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.

Sé igualmente que debo avisar sobre posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.



Servicio de Dermatología



Página 6





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N°. _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Erbio YAG, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el/la Dr (a). _____ del servicio _____ del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima _____ de _____ 20-----



Firma del paciente
DNI N° _____



Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico
N° Colegio _____


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

Nombre del profesional encargado del procedimiento:
DNI:
FIRMA:





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

DENEGACIÓN

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima _____ de _____ 20 _____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima _____ de _____ 20 _____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS (NO ESTÉTICO)

I. NOMBRE :DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS QUE NO SEAN VERRUGAS BLANDAS O LESIONES CUTÁNEAS PROLIFERATIVAS CUALQUIER MÉTODO (LÁSER, ELECTROCIRUGÍA, CRIOCIRUGÍA, QUIMIOCIRUGÍA, CURETAJE QUIRÚRGICO) DE 15 A MÁS LESIONES CORRESPONDE A LÉNTIGO SOLAR
CÓDIGO : 17111

II. DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento: Consiguiendo la vaporización de lesiones benignas. La vaporización con Erb.YAG es un procedimiento mínimamente invasivo, indoloro y con resultados estéticos excelentes ⁽¹⁾.
- Aspectos epidemiológicos importantes: En EEUU el léntigo solar o senil se observan en 90% de las personas blancas mayores de 60 años de edad y 20% de los menores de 30 años de edad ⁽²⁾. Estudios en nuestro continente se obtienen resultados similares como del 90 - 99% en poblaciones mayores de 50⁽³⁾ o 60 años ⁽⁴⁾ de lesiones en áreas anatómicamente expuestas. Son lesiones benignas de significado cosmético y por tanto asociación con envejecimiento. Existe una correlación directa fuertemente positiva entre léntigo solar en el dorso y exposición solar acumulativa e intermitente y numero de episodios de quemadura solar antes de los 20 años, especialmente en edad infantil ⁽²⁾.

III. INDICACIONES

INDICACIONES ABSOLUTAS.-

- Léntigo solar o senil en cara
- Milias
- Nevus epidérmico
- Melasma
- Verrugas planas
- Queratosis actínicas
- Queratosis seborreica
- Siringomas

INDICACIONES RELATIVAS.-

- Léntigo solar o senil en cualquier otra área fotoexpuesta.
- Lesiones benignas perioculares como xantelasma, milias, quistes, nevus epidérmicos, máculas seniles, papilomas y siringomas.
- Ablación de lesiones benignas en mucosa labial o gingival.

IV. CONTRAINDICACIONES

- Herpes viral simple activo
- Herpes zoster activo
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros
- Piel bronceada
- Embarazadas

TAP. HAYDEE NILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- Pacientes con uso de anticoagulantes.

V. REQUISITOS:

Seguir indicaciones pre y post procedimiento por el médico dermatólogo, que incluyen uso de protectores solares de uso continuo. Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones para su terapéutica y pronóstico. El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Erbium: YAG (Fotona).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama y coche de curaciones.
- 6.3 Material Médico Fungible: Guantes descartables, jabón líquido, gasas chicas, gorros descartables, mascarilla, papel toalla y esparadrapo.
- 6.4 Medicamentos: Mezcla anestésica percutánea y suero fisiológico.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en decúbito dorsal después de la orientación, documentación fotográfica y firma del consentimiento informado (médico dermatólogo).
2. Vestir al paciente con gorro descartable y soleras, de ser necesario, de acuerdo al área topográfica a tratar (técnico de enfermería).
3. Limpieza del área a tratar y aplicación de gel anestésico percutáneo 15 a 30 minutos antes del procedimiento (técnico de enfermería).
4. Encendido y programación del equipo láser Erbium: YAG Modo SP, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo (médico dermatólogo).
5. Quitar el gel anestésico con gasa embebida en solución fisiológica (técnico de enfermería).
6. Aplicación de láser sobre cicatriz del área anatómica a tratar según técnica indicada por el proveedor de acuerdo a la región anatómica a tratar (médico dermatólogo).
7. Aplicación de corticoide tópico en toda la superficie tratada y luego protector solar si se trata área fotoexpuesta (personal técnico)
8. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (médico dermatólogo).
9. Programación de citas (personal técnico).

VIII. COMPLICACIONES:

- Ampollas.
- Cicatrices.
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hipo pigmentación residual.

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para evaluación en indicaciones y/o terapéutica adicional.



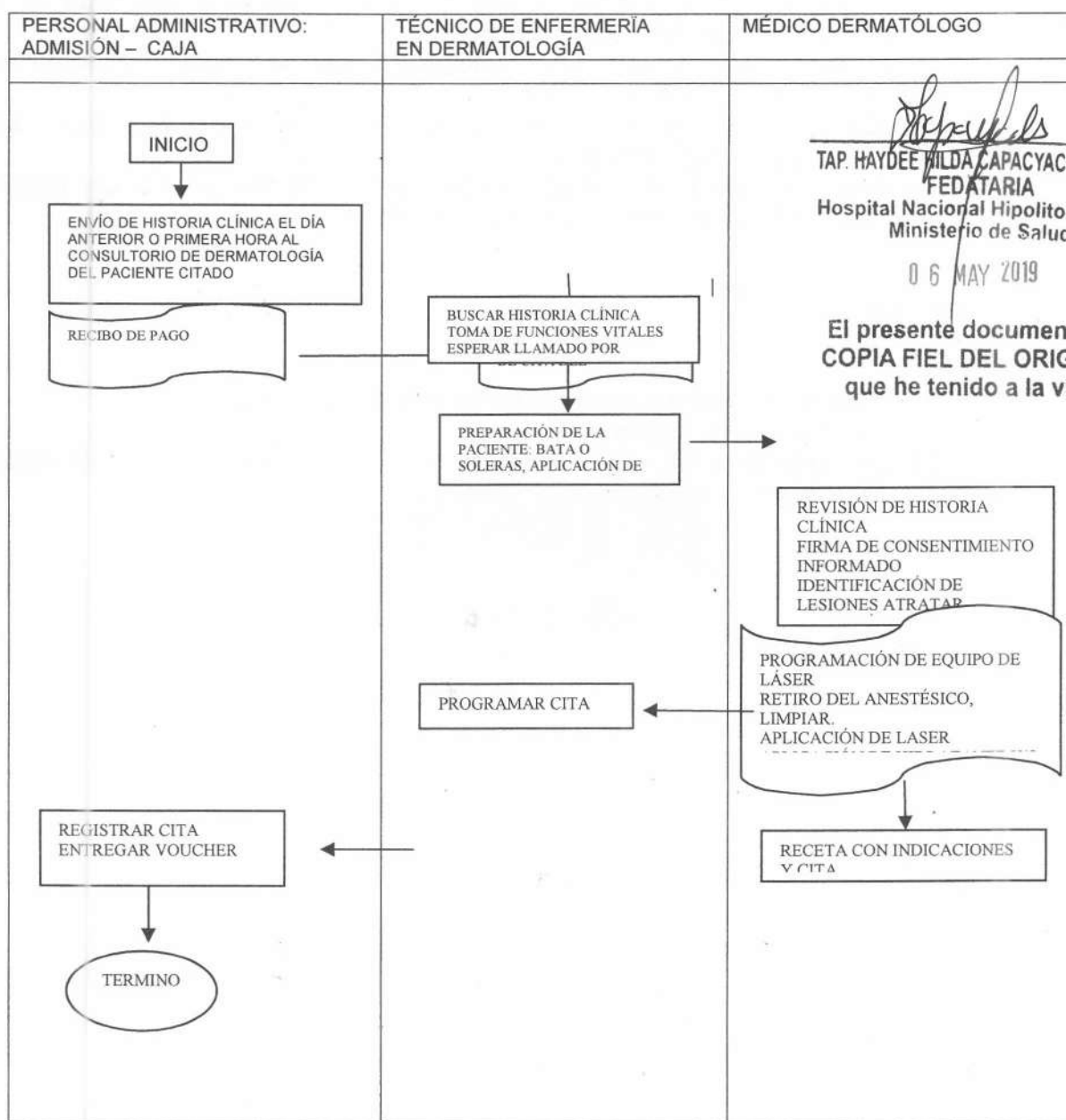


AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fotona América Latina. Tratamientos con Neodimio:YAG Láser de pulso largo. Pág.: 36 -38.





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

2. Allevato, Miguel A. Léntigo solar: Discromía Cotidiana y Desafiante. Act Terap Dermatol 2005; 28: 234
3. Small-Arana, Octavio. Léntigo Benigno Facial: Manejo Quirúrgico a propósito de un caso. Dermatol Perú 2014; vol 24 (3) Págs. 187-192.
4. Mascote Márquez, Mariela. "Estudio de Léntigo Solar y Queratosis Actínica en los participantes a Programas Sociales para el Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Cuenca, Ecuador, 2010". Tesis para obtención de título Universidad de Cuenca. Págs. 1-67.
5. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
6. De Carli, Eduardo y col. Dermatología Quirúrgica y Estética. Edic. Journal, Argentina, 2014. Págs. 205-209.
7. Kaufmann, Roland y col. Operaciones Dermatológicas. Tercera Edición. Edición Año 2009. AMOLCA, Venezuela. Págs. 15-24.

XII. ANEXOS

Anexo 01: Cuadro de Parámetros para Lesiones Benignas en la Cara
Clasificación de Fitzpatrick

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Benignas (No estético)





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 01

Cuadro de Parámetros para Lesiones Benignas en la Cara

Tipo de lesión	Modo	Spot (mm)	Energía (mJ/cm ²)	Frecuencia (Hz.)	Observaciones
Léntigo senil	SP	3-5-	300-500	3-7	Alisado suave de la periferie
Nevus epidérmico	SP	3-5	300-500	3-8	Llevarlo a plano
Melasma	SP	3-5	300-500	3-7	Alisado suave de la periferie para emparejar el color
Verrugas planas	SP	3	300-500	3-7	Alisado suave de la periferie
Queratosis actínicas Y seborreicas	SP	3-5	300-500	3-7	Alisado suave de la periferie
Siringoma	SP	1-1.5	300	3	Pasar la dermis papilar

Clasificación de Fitzpatrick

FOTOTIPO	QUEMADURAS	BRONCEADO	COLOR DE PIEL, OJOS Y PELO
I	Siempre	No	Muy blanca, pecosa, ojos azules, pelirrojo o rubios
II	Muy fácilmente	Mínimo	Blanca, ojos y pelos verdes o Grises
III	Fácilmente	Gradual	Piel trigueña, pelo castaño, Ojos marrones
IV	Ocasional	Si	Piel morena, pelo y ojos castaños oscuros
V	Raramente	Intenso	Piel muy morena, ojos y pelo Marrón oscuro o negro
VI	Nunca	Máximo	Piel negra, ojos y pelo negros

[Firma]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 02

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍACONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS (NO ESTÉTICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Neodimio YAG consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices postacné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones: El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.

Sé igualmente que debo avisar sobre posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N°. _____, Identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Neodimio YAG, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). _____, del servicio _____ del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI N° _____Firma del familiar
DNI N° _____Firma del Médico
N° Colegio _____TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

Nombre del profesional encargado del procedimiento:
DNI:
FIRMA:El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

DENEGACIÓN

N° Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI N° _____Firma del familiar
DNI N° _____Firma del Médico
N° Colegio _____



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el
tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima _____ de _____ 20____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA DESTRUCCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES PROLIFERATIVAS FACIALES (NO ESTÉTICO)

I. **NOMBRE : DESTRUCCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES
PROLIFERATIVAS (TÉCNICA DE LÁSER) EN MENOS DE 10 CM
CUADRADOS CORRESPONDE A TELANGIECTASIA FACIAL
CÓDIGO : 17106**

II. DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento: Consiste en la aplicación de láser del tipo Nd: YAG 1.064 nm (Neodimio: ytrio-aluminio-granate) de pulso largo sobre telangiectasias faciales. Este tipo de láser ha demostrado ser eficiente y seguro para estas lesiones vasculares, teniendo como cromóforo blanco a la hemoglobina: oxihemoglobina ⁽¹⁾.
- Aspectos epidemiológicos importantes: Las telangiectasias faciales o venas reticulares son venas cutáneas superficiales y de pequeño calibre de 0.1 a 1mm dilatadas que aparecen como lesiones de color rojizas o azuladas que se vuelven visibles. Las telangiectasias pueden clasificarse según su forma en lineal, papular, arboriforme o aracniforme. En la cara se presentan telangiectasias lineales y arboriformes, predominando de alas de nariz, mejillas y párpados; son más comunes en pieles claras (Fototipo Fitzpatrick I y II).

III. INDICACIONES

INDICACIONES ABSOLUTAS.-

- Telangiectasia de cara: alas nasales, mejillas.

INDICACIONES RELATIVAS.-

- Rosácea
- Dermatitis actínica con telangiectasias
- Otras patologías que asocien telangiectasias faciales.

IV. CONTRAINDICACIONES

- Verrugas faciales
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros
- Piel bronceada
- Embarazadas
- Pacientes que ingieren drogas fotosensibilizantes
- Antecedentes personal o familiar de cicatrices queloides.
- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- No en áreas perioculares.


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

V. REQUISITOS:

- Seguir indicaciones pre y post procedimiento que incluyen uso de bloqueador solar con la frecuencia indicada por el médico dermatólogo.
- Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones.
- El médico dermatólogo debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Nd: YAG de 1.064 nm de pulso largo (Fotona).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama y coche de curaciones
- 6.3 Material Médico Fungible: Suero fisiológico, jabón líquido, gasas chicas, guantes descartables, gorros descartables, mascarilla y papel toalla.
- 6.4 Medicamentos: Durante el procedimiento opcionalmente se aplicará anestésico percutáneo.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en decúbito dorsal después de la orientación, documentación fotográfica y firma del consentimiento informado (médico dermatólogo).
2. Vestir al paciente con gorro descartable, soleras y colocar el protector ocular (técnico de enfermería).
3. Colocar protector ocular al médico operador y/o ayudante (personal técnico y médico dermatólogo)
4. Encendido y programación del equipo láser Nd YAG de 1.064, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo (médico dermatólogo).
5. Aplicación de láser en lesiones faciales (médico dermatólogo).
6. Aplicación de protector solar y, en algunos casos corticoide tópico durante algunos días (personal técnico)
7. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (médico dermatólogo).
8. Programación de citas (personal técnico).

- ❖ En general se necesitan 1 a 2 sesiones para lograr los mejores resultados, con intervalos de 4 a 6 sesiones.

VIII. COMPLICACIONES

- Púrpura transitoria
- Ampollas.
- Cicatrices.
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hipo pigmentación residual.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



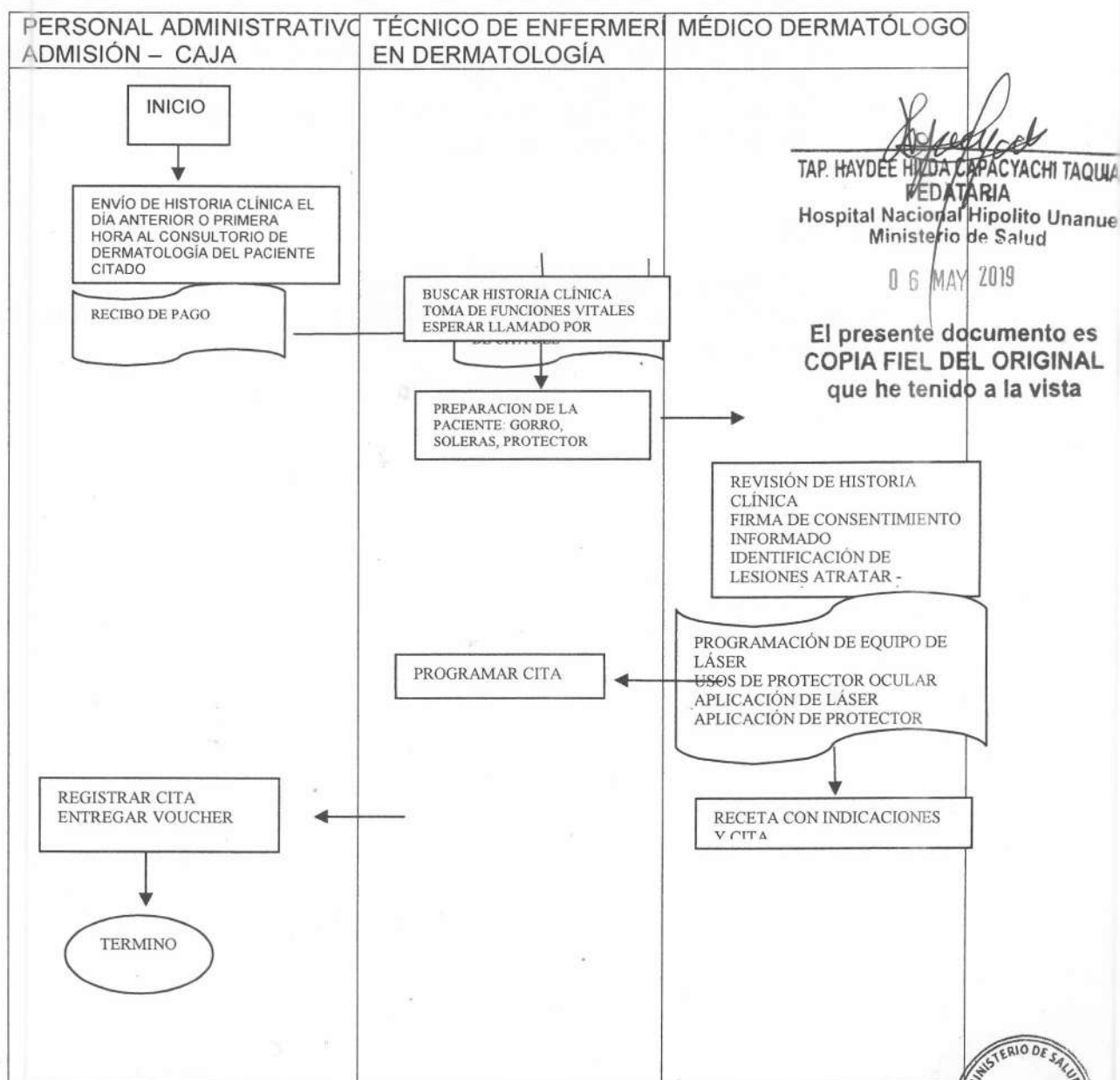
AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para regulación en indicaciones y/o terapéutica adicional.

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yamaguchi, Charles. Procedimientos Estéticos Mínimamente Invasivos. Edición 2008. Brasil. AMOLCA. Págs. 185-205.
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
3. Fotona América Latina. Tratamientos con Neodimio: YAG Láser de pulso largo. Pág.: 20-22.
4. Liceaga, Eduardo. Hospital General de México, Manual de Procedimientos: Servicio de Dermatología, Marzo 2015. Págs. 3-7
5. Insua Nipoti, Emilce. Tratamiento de Telangiectasias Faciales. Revista Panamericana de Flebología y Linfología, Año 14 N°2, Septiembre 2009. Págs. 18-22.
6. De Carli, Eduardo y col. Dermatología Quirúrgica y Estética. Edic. Journal, Argentina, 2014. Págs. 205-209.
7. Kaufmann, Roland y col. Operaciones Dermatológicas. Tercera Edición. Año 2009. AMOLCA, Venezuela. Págs. 15-24.

XII. ANEXOS

Anexo 01: Parámetros de Tratamiento

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Cutáneas Vasculares Proliferativas Faciales (No estético)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

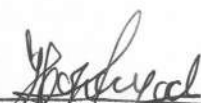


AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 01

Parámetros de Tratamiento

Telangiectasias	Spot (mm)	Fluencia (J/cm ²)	Ancho de pulso (ms.)	Frecuencia (Hz.)
Faciales	3-4	90 a 110	20 - 25	0.5 1


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
REDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 02



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
DESTRUCCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES
PROLIFERATIVAS FACIALES (NO ESTÉTICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Neodimio YAG 1064nm consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices postacné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones: El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.

Sé igualmente que debo avisar sobre posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N°. _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Neodimio YAG 1064nm, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). _____ del servicio _____ del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima _____ de _____ 20____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

N° Colegio _____

Nombre del profesional encargado del procedimiento:

DNI:

FIRMA:


TAP. HAYDÉE HILDA CAPAC YACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



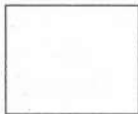
AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

DENEGACIÓN

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima _____ de _____ 20 _____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima _____ de _____ 20 _____



Firma del paciente

DNI N° _____

Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
DESTRUCCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES
PROLIFERATIVAS DE MIEMBROS INFERIORES (NO ESTÉTICO)**

**I. NOMBRE : DESTRUCCIÓN DE LESIONES VASCULARES
PROLIFERATIVAS (TÉCNICA DE LÁSER) DE 10 CM A 50 CM
CUADRADOS CORRESPONDE A TELANGIECTASIA DE MIEMBROS
INFERIORES**

CÓDIGO : 17107

II. DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento: Consiste en la aplicación de láser del tipo Nd: YAG 1.064 nm (Neodimio: ytrio-aluminio-granate) de pulso largo sobre telangiesctasias de los miembros inferiores.
- Aspectos epidemiológicos importantes: Las venas varicosas están presentes en más del 50% de las mujeres y 20% de varones, antes de los 60 años, como manifestaciones vasculares. Los principales factores que influyen en la aparición de las arañas vasculares son: factores genéticos, factores hormonales, (embarazo, menopaúsica y anticonceptivos orales) y factores medio ambientales (sedentarismo o permanezcan muchas horas de pie) ⁽¹⁾.

III. INDICACIONES

INDICACIONES ABSOLUTAS.-

- Venas telangiectásicas, reticulares y dilatadas de miembros inferiores principalmente en tobillos y dorso de pies.
- Telangiectasias rojas, azules o púrpuras (en cabeza de medusa).
- Vasos hasta 3 mm de diámetro y hasta 4 mm de profundidad.

INDICACIONES RELATIVAS.-

- Venas telangiectásicas de muslos y otras áreas de las extremidades

IV. CONTRAINDICACIONES

- Herpes viral simple activo
- Herpes zoster activo
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros
- Piel bronceada
- Embarazadas
- Antecedentes personal o familiar de cicatrices queloides.
- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- Pacientes con uso de anticoagulantes.

TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

V. REQUISITOS:

- Seguir indicaciones pre y post procedimiento por el médico dermatólogo. Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones.
- El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Nd: YAG de 1.064 nm de pulso largo (Fotona).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama, coche de curaciones y bata
- 6.3 Material Médico Fungible: Guantes descartables, jabón líquido, gasas chicas, gorros descartables, mascarilla y papel toalla.
- 6.4 Medicamentos: Usualmente el procedimiento es bien tolerado, pero puede aplicarse antes de iniciar dicho acto un anestésico local de absorción percutánea.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Vestir al paciente con bata del servicio para tener miembros inferiores descubiertos; soleras y colocar el protector ocular (técnico de enfermería).
 2. Paciente en decúbito ventral después de la información completa al paciente sobre el procedimiento, firma del consentimiento informado, documentación fotográfica (médico dermatólogo).
 3. Colocar protector ocular al médico operador y/o ayudante (personal técnico y medico dermatólogo)
 4. Encendido y programación del equipo láser Nd YAG de 1.064, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo (médico dermatólogo).
 5. Aplicación de láser en lesiones telangiectásicas de miembros inferiores a tratar (médico dermatólogo).
 6. Aplicación de cremas hidratantes; en algunos casos corticoide tópico durante algunos días (personal técnico)
 7. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (médico dermatólogo).
 8. Programación de citas (personal técnico).
- ❖ En general se necesitan 2 a 4 sesiones para lograr resultados, con intervalo de 4 a 6 semanas.

VIII. COMPLICACIONES

- Púrpura transitoria
- Ampollas.
- Cicatrices.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

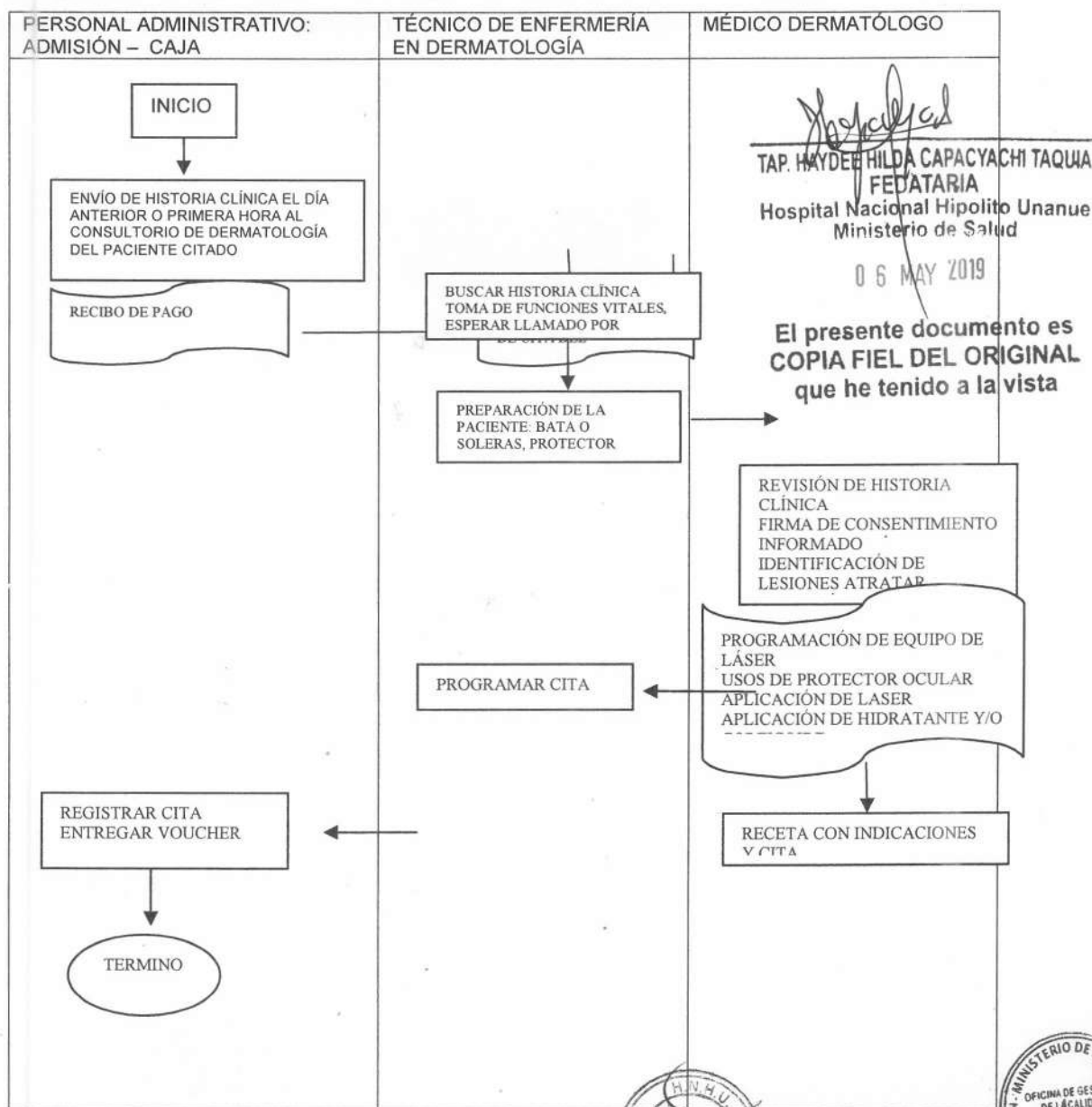
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hiperpigmentación residual.

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para regulación en indicaciones y/o terapéutica adicional.

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo.

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arellano, Aristides y colaboradores. Tratamiento de Varículas de Piernas con Láser y Luz Intensa Pulsada. Dermatología CMQ 2005; 3(2), 83-86.
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
3. Fotona América Latina. Tratamientos con Neodimio: YAG Láser de pulso largo. Pág.: 25-26.

XII. ANEXOS

Anexo 01: Parámetros de Tratamiento

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Cutáneas Vasculares Proliferativas de Miembros Inferiores (No estético)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

ANEXO 01

Parámetros de Tratamiento

Telangiectasias	Spot (mm)	Fluencia (J/cm ²)	Ancho de pulso (ms.)	Frecuencia (Hz.)
Miembro inferior	3-4	90 a 140	20-35	1

Telangiectasias En cabeza de medusa	Spot (mm.)	Fluencia (J/cm ²)	Ancho de pulso (ms.)	Frecuencia (Hz.)
Arborizaciones púrpura	3-4	90 a 140	25 a 35	1
Vaso central	4-6	60 a 100	25 a 40	1


TAP. HAYDEE HILDA CAPAC YACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 02



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
DESTRUCCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES
PROLIFERATIVAS DE MIEMBROS INFERIORES (NO ESTÉTICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Neodimio YAG 1.064nm consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices post acné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones: El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.

Sé igualmente que debo avisar sobre posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Neodimio YAG 1.064 nm, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). _____ del servicio _____ del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico
N° Colegio _____

Nombre del profesional encargado del procedimiento:
DNI:
FIRMA:

TAP. HAYDEE HILDA CAPAC YACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



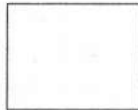
AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

DENEGACIÓN

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ____ de _____ 20 ____



Firma del paciente

DNI Nº _____

Firma del familiar

DNI Nº _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ____ de _____ 20 ____



Firma del paciente

DNI Nº _____

Firma del familiar

DNI Nº _____

Firma del Médico

Nº Colegio _____





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
ENFERMEDADES DE PIEL INFLAMATORIA (PSORIASIS) (NO ESTÉTICO)**

I. NOMBRE: TRATAMIENTO LÁSER PARA ENFERMEDADES DE PIEL
INFLAMATORIA (PSORIASIS) ÁREA TOTAL DE 250 A 500
CM CUADRADOS CORRESPONDE A CICATRIZ
HIPERTRÓFICA

CODIGO : 96921

TAP. HAYDEE RINDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

II. DEFINICIÓN:

- Definición del procedimiento: Consiste en la aplicación de láser Neodimio: YAG de pulso largo sobre cicatrices hipertróficas en cualquier región anatómica.
- Aspectos epidemiológicos importantes: Dentro del proceso de cicatrización de la piel existen dos variantes de cicatrizaciones patológicas que deben ser consideradas como dos entidades diferentes, desde el punto de vista clínico e histopatológico ⁽¹⁾.
- Las cicatrices hipertróficas, por lo general, surgen dentro de las primeras 4 semanas tras la herida inicial, sin sobrepasar sus márgenes originales, crece después rápidamente durante los primeros meses (hasta el año) y más tarde remite espontáneamente.

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que se encuentra a la vista

Comparación Resumida de Cicatrices Normales y Patológicas

CICATRIZ NORMAL	CICATRIZ HIPERTRÓFICA	QUELOIDE
Confinada a los márgenes de la herida o lesión original.	Confinada a los márgenes de la herida o lesión original.	Se extiende más allá de los márgenes originales.
Las cicatrices maduras tienden a aplanarse y atrofiarse progresivamente.	Regresan tras la fase inflamatoria inicial (aunque pueden tardar varios años).	Extensión progresiva.
Mejoran en la edad adulta.	Empeoran en pacientes jóvenes.	Aparición tardía. Más frecuente en razas oscuras.
Respuesta normal a la TGF- β 1.	Respuesta anormal a la TGF- β 1.	Daño en mecanismos de apoptosis.
No requiere tratamiento.	Requiere tratamiento, principalmente por razones estéticas.	Requiere tratamiento por síntomas asociados.

III. INDICACIONES:**INDICACIONES ABSOLUTAS.-**

- Cicatrices hipertróficas en cualquier región anatómica.

INDICACIONES RELATIVAS.-

- Cicatrices normales inestéticas en cualquier región anatómica.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

IV. CONTRAINDICACIONES:

- Herpes viral simple activo
- Herpes zoster activo
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros
- Piel bronceada
- Embarazadas
- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- Pacientes con uso de anticoagulantes.

V. REQUISITOS:

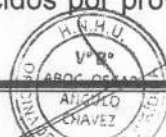
- Seguir indicaciones pre y post procedimiento por el médico dermatólogo. Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones.
- El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Neodimio: YAG que cuente de pulso largo (Fotona) y equipo con sistema de enfriamiento especial para láser (efecto analgésico, Zimmer).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama y coche de curaciones.
- 6.3 Material Médico Fungible: Guantes descartables, jabón líquido, gasas chicas, gorros descartables, mascarilla y papel toalla.
- 6.4 Medicamentos: Anestésico local de absorción percutánea.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en decúbito dorsal después de la orientación, documentación fotográfica y firma del consentimiento informado (médico dermatólogo).
2. Vestir al paciente con gorro descartable y soleras, de ser necesario, de acuerdo al área topográfica a tratar y protector ocular para laser (técnico de enfermería).
3. Limpieza del área a tratar y aplicación de gel anestésica percutánea 15 a 30 minutos antes del procedimiento (técnico de enfermería).
4. Encendido y programación del equipo láser Neodimio: YAG de pulso largo, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Usar siempre la pieza R33 con distanciador. Colocación de protector ocular (médico dermatólogo).

5. Quitar el gel anestésico con gasa embebida en solución fisiológica o aplicar equipo sistema de enfriamiento especial por algunos minutos y/o a solicitud del médico operador (técnico de enfermería).
6. Aplicación de láser sobre cicatriz del área anatómica a tratar según técnica indicada por el proveedor de acuerdo a la región anatómica a tratar (médico dermatólogo).
7. Aplicación de corticoide tópico en toda la superficie tratada y luego protector solar si se trata área foto expuesta o cobertura con gasa (personal técnico).
8. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (médico dermatólogo).
9. Programación de citas (personal técnico).

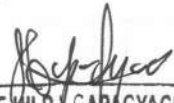
VIII. COMPLICACIONES

- Ampollas.
- Cicatrices.
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hipopigmentación residual.

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para regulación en indicaciones y/o terapéutica adicional.

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo.

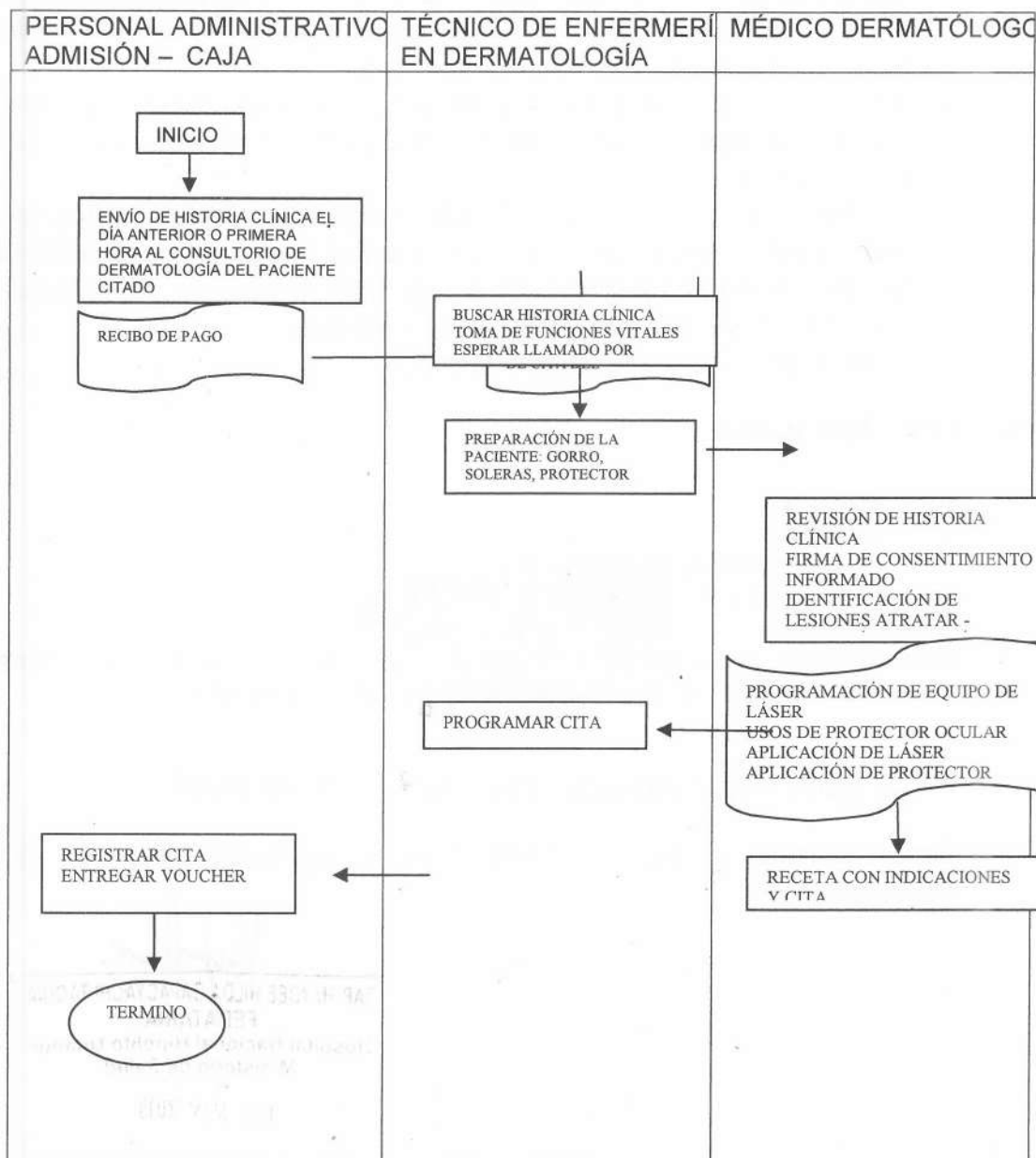

TAP. HAYDEE WILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Herranz, Pedro y Santos Heredero, Xavier. Cicatrices, Guía de Valoración y Tratamiento. Edic. Publicidad Just in time S.L., Diciembre 2012. Págs. 1-21
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
3. Fotona América Latina. Tratamientos con Neodimio: YAG Láser de Pulso Largo. Pág.: 25-26.
4. De Carli, Eduardo y col. Dermatología Quirúrgica y Estética. Edic. Journal, Argentina, 2014. Págs. 205-209.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

5. Kaufmann, Roland y col. Operaciones Dermatológicas. Tercera Edición. Año 2009. AMOLCA, Venezuela. Págs. 15-24.

XII.

ANEXOS.

Anexo 01: Cuadro de Parámetros de Aplicación

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Enfermedades de Piel Inflamatoria (Psoriasis) (No estético)


TAP. HAYDEE HILDA, LAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

ANEXO 01

Cuadro de Parámetros de Aplicación

Modo	Spot (mm)	Densidad de Energía (J/cm ²)	Frecuencia (Hz.)	Ancho del pulso (ms.)
PULSE	3-4	120	1.3	30





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

[Signature]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

Anexo 02

06 MAY 2019



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA ENFERMEDADES DE PIEL INFLAMATORIA (PSORIASIS), (NO ESTÉTICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Neodimio YAG consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices postacné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones: El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento:

Sé igualmente que debo avisar de posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Neodimio YAG, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el/la Dr(a). _____ del servicio _____ del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima ____ de _____ 20__

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico
N° Colegio _____

Nombre del profesional encargado del procedimiento:

DNI:

FIRMA:





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

DENEGACIÓN

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI Nº _____

Firma del familiar
DNI Nº _____

Firma del Médico
Nº Colegio _____

[Firma]
TAP. HAYDEE WILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima _____ de _____ 20____

Firma del paciente
DNI Nº _____

Firma del familiar
DNI Nº _____

Firma del Médico
Nº Colegio _____





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO LÁSER PARA DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS O LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES PROLIFERATIVAS (NO ESTÉTICO)

- I. NOMBRE: DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS QUE NO SEAN VERRUGAS BLANDAS O LESIONES CUTÁNEAS VASCULARES PROLIFERATIVAS, CUALQUIER MÉTODO (LÁSER, ELECTROCIRUGÍA, CRIOCIRUGÍA, QUIMIOCIRUGÍA, CURETAJE QUIRÚRGICO) DE 14 LESIONES CORRESPONDE A CICATRIZ QUELOIDE.

CÓDIGO: 17110

II. DEFINICIÓN

- Definición del procedimiento: Consiste en la aplicación de láser del tipo Neodimio: YAG de pulso largo sobre queloide (s) en cualquier región anatómica.
- Aspectos epidemiológicos importantes: Los queloides son cicatrices exuberantes, que pueden aparecer en forma más tardía, crecer inicialmente siguiendo la conformación de los márgenes originales, para continuar proliferando posteriormente en forma indefinida hasta afectar las zonas vecinas. Se asocia con dolor y prurito (46 – 86%) y se localizan frecuentemente en áreas de mayor tensión mecánica, la más afectada es la pre esternal. Su incidencia varía entre 4.5 a 16 % de la población (1).

III. INDICACIONES

INDICACIONES ABSOLUTAS.-

- Todo queloide en cualquier área anatómica como tratamiento único o complementario de otros tratamientos.

INDICACIONES RELATIVAS.-

- Cualquier cicatriz constituida principalmente de componente vascular telangiectásico.

IV. CONTRAINDICACIONES

- Herpes viral simple activo
- Herpes zoster activo
- Otros procesos infecciosos activos en el área como impétigo, celulitis, entre otros
- Piel bronceada
- Embarazadas
- Aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.
- Pacientes con uso de anticoagulantes.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



TAP. HAYDEE HILDA CAPAC YACHICHA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista

V. REQUISITOS:

- Seguir indicaciones pre y post procedimiento por el médico dermatólogo. Paciente debe contar con todas sus facultades mentales y físicas para toma de decisiones.
- El médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación (Consentimiento Informado, anexo 02), además del familiar directo y testigo a realizar dicho procedimiento.

VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

- 6.1 Equipos Biomédicos: Equipo láser Neodimio: YAG que cuente de pulso largo (Fotona) y equipo con sistema de enfriamiento especial para láser (efecto analgésico, Zimmer).
- 6.2 Material Médico no Fungible: Camilla, ropa de cama y coche de curaciones.
- 6.3 Material Médico Fungible: Guantes descartables, jabón líquido, gasas chicas, gorros descartables, mascarilla y papel toalla.
- 6.4 Medicamentos: Anestésico local de absorción percutánea.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en decúbito dorsal después de la orientación, documentación fotográfica y firma del consentimiento informado (médico dermatólogo).
2. Vestir al paciente con gorro descartable y soleras, de ser necesario, de acuerdo al área topográfica a tratar y protector ocular para láser (técnico de enfermería).
3. Limpieza del área a tratar y aplicación de gel anestésico percutáneo 15 a 30 minutos antes del procedimiento (técnico de enfermería).
4. Encendido y programación del equipo láser Neodimio: YAG de pulso largo, teniendo como guía los parámetros establecidos por proveedor del equipo. Usar siempre la pieza R33 con distanciador. Colocación de protector ocular (médico dermatólogo).
5. Quitar el gel anestésico con gasa embebida en solución fisiológica o aplicar equipo sistema de enfriamiento especial por algunos minutos y/o a solicitud del médico operador (técnico de enfermería).
6. Aplicación de láser sobre cicatriz del área anatómica a tratar según técnica indicada por el proveedor de acuerdo a la región anatómica a tratar (médico dermatólogo).
7. Aplicación de corticoide y/o crema emoliente en forma tópica en toda la superficie tratada y luego protector solar si se trata área foto expuesta o cobertura con gasa (personal técnico).
8. Se deja receta con indicaciones a seguir por el paciente y programar cita para control en 3 semanas (médico dermatólogo).





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

9. Programación de citas (personal técnico).

VIII. COMPLICACIONES:

- Ampollas.
- Cicatrices.
- Hiperpigmentación transitoria.
- Hipopigmentación residual.

Ante cualquier situación mencionada acudir lo antes posible a una consulta médica para regulación en indicaciones y/o terapéutica adicional.

IX. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Establecimiento de Salud de Nivel III asistencial donde labore un médico dermatólogo.





PERÚ

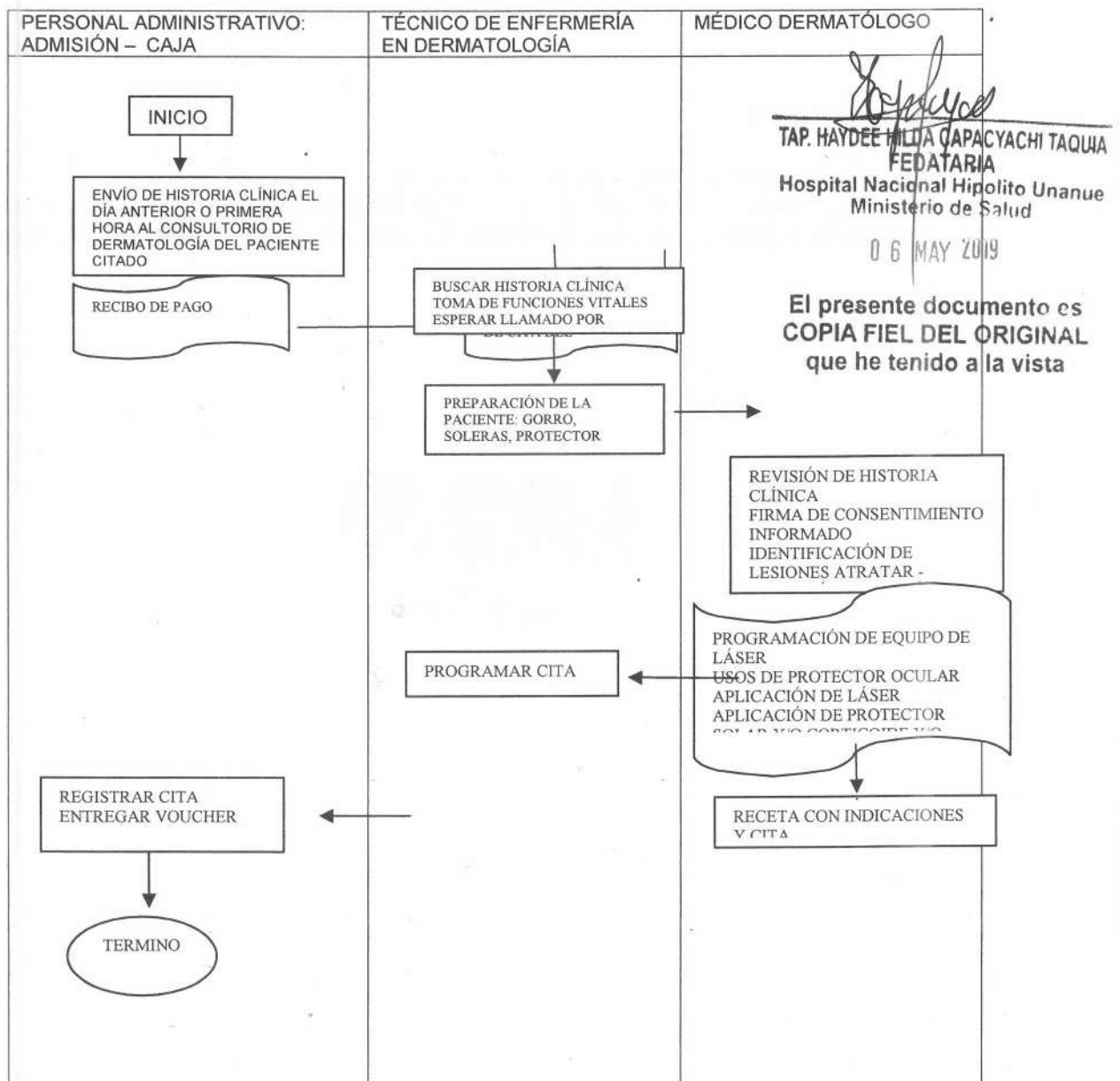
Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herranz, Pedro y Santos Heredero, Xavier. Cicatrices, Guía de Valoración y Tratamiento. Edic. Publicidad Just in time S.L., Diciembre 2012. Págs. 1-21
2. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Procedimientos Dermatológicos 2007. Págs. 22-24.
3. Fotona América Latina. Tratamientos con Neodimio: YAG Láser de Pulso Largo. Pág.: 25-26.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

4. De Carli, Eduardo y col. Dermatología Quirúrgica y Estética. Edic. Journal, Argentina, 2014. Págs. 205-209.
5. Kaufmann, Roland y col. Operaciones Dermatológicas. Tercera Edición. Año 2009. AMOLCA, Venezuela. Págs. 15-24.

XII. ANEXOS.

Anexo 01: Cuadro de Parámetros de Aplicación

Anexo 02: Consentimiento Informado de Tratamiento Láser para Destrucción de Lesiones Benignas o Lesiones Cutáneas No Vasculares Proliferativas (No estético)





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

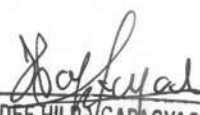


AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

ANEXO 01

Cuadro de Parámetros de Aplicación

Modo	Spot (mm)	Densidad de Energía (J/cm ²)	Frecuencia (Hz.)	Ancho del pulso (ms.)
PULSE	3-4	120	1.3	35


TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud

06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

Anexo 02



HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO LÁSER PARA
DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS O LESIONES CUTÁNEAS
NO VASCULARES PROLIFERATIVAS (NO ESTÉTICO)

INFORMACIÓN GENERAL

El tratamiento con Láser Neodimio YAG consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción en cada paso, dependiendo del resultado que se quiera tener, serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, etc.), cicatrices postacné y arrugas faciales.

Beneficios: Eliminar o mejorar una o más lesiones cutáneas mediante un equipo especializado de emisión de diferentes láseres.

Efectos secundarios: El médico me ha explicado que al cabo de unas horas notaré hinchazón de la zona, y que es posible que aparezcan ampollas, con o sin sangre, en cuyo caso deberé curarlas tal y como me ha indicado.

Riesgos potenciales y/o reales: Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de cualquier intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: mareos, hematoma palpebral y/o facial, infección de la herida que puede requerir toma de antibióticos, cicatrices inestéticas o hipertróficas.

Efectos adversos: Complicaciones derivadas de la anestesia, ya sea local o general, muy importantes, aunque muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico, coma irreversible por depresión del sistema nervioso central e, incluso, fallecimiento por fallo cardio-respiratorio (estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones).

Efectos colaterales: Necrosis sobre la zona tratada.

En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

Contraindicaciones: El médico me ha advertido que esta técnica está contraindicada en pacientes con enfermedades infecciosas cutáneas activas, embarazadas, pacientes con uso de anticoagulantes, aquellos pacientes incapaces de entender limitaciones, características y riesgos del tratamiento.

Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

AUTORIZO: A que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares. A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado. A que los tejidos o muestras obtenidos en mi intervención o los datos sobre mi enfermedad podrán ser utilizados en comunicaciones científicas o proyectos de investigación o docentes.

Yo, _____, con Historia Clínica N° _____, Identificado con DNI N° _____ DECLARO haber comprendido y recibido información detallada sobre el procedimiento con láser Neodimio YAG, que firmo el consentimiento para la realización de dicho procedimiento, y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, aclarando mis dudas en entrevista personal con el Dr(a). _____ del servicio _____ del Hospital Hipólito Unanue. Así mismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Lima _____ de _____ 20 _____

Firma del paciente
DNI N° _____

Firma del familiar
DNI N° _____

Firma del Médico
N° Colegio _____

Nombre del profesional encargado del procedimiento:
DNI:
FIRMA:

[Firma]
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUA
FEDATARIA
Hospital Nacional Hipólito Unanue
Ministerio de Salud
06 MAY 2019

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA



AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD

DENEGACIÓN

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima ____ de ____ 20__



Firma del paciente

DNI N° _____



Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico
Nº Colegio _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Nº Historia Clínica: _____

Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para este procedimiento y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha como finalizada. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima ____ de ____ 20__



Firma del paciente

DNI N° _____



Firma del familiar

DNI N° _____

Firma del Médico
Nº Colegio _____

