



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HEMANGIOMAS Y/O MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS (MAV)

(DS. N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842. RD N° ...../2020/INSNSB)

### Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas - Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial

**Procedimiento:** Tratamiento Quirúrgico de Hemangiomas y/o Malformaciones Arteriovenosas (MAV)

**Diagnóstico :** Hemangioma -D18.0 ( ) – Malformación Vascular Periférica -Q27.3 ( )  
**Localización:** Cabeza ( ), Cara ( ), Cuello ( )

Un hemangioma es un tumor vascular a menudo congénito o de aparición durante la infancia, en la piel o en los órganos internos. La malformación arteriovenosa no es un tumor, es una maraña de arterias y venas enredadas que están conectadas entre sí, pero sin capilares.

#### Descripción del Procedimiento

El Tratamiento quirúrgico del Hemangioma y/o Malformación Arteriovenosa, consiste en la resección parcial o total del hemangioma y/o malformación arteriovenosa a nivel de la región de la cabeza y/o cuello.

#### Objetivos del Procedimiento

Eliminación total o parcial del hemangioma y/o malformación arteriovenosa de ser posible para lograr restablecer la anatomía y función del área afectada.

#### Beneficios Esperados

Mejorar la estética facial, eliminación del tejido anómalo, restablecer función, reinserción social.

#### Riesgos o Complicaciones Frecuentes

Dolor, cicatriz hipertrófica, edema, sangrado, infección, granuloma, dehiscencia de incisión, disfagia, disfonía, odinofagia, anestesia en el territorio nervio trigémino, paresia y/o parálisis del nervio trigémino, facial, glossofaríngeo, neumogástrico espinal, hipogloso, frénico, simpático cervical y sus ramas, lesión de laringe, tráquea, hipofaringe, esófago, vena yugular interna y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y traqueostomía.

#### Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes

Broncoespasmo, desequilibrio hidroelectrolítico, tromboembolia, paro cardiorrespiratorio, desorden cerebro vascular, muerte.

#### Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

Persistencia del hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

#### Posibilidad de Tratamiento Alternativo

Embolización, escleroterapia.

#### Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Reacción al hilo de sutura, cicatriz queloide o hipertrófica.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Malo ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones/Observaciones:

Cumplir con los cuidados de la herida indicados y cumplir con los controles por consulta externa.



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

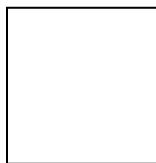
Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ),  
C.E. ( ), Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( )  
del (la) paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI  
N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, con el Diagnóstico:  
\_\_\_\_\_.

**Declaro:**

Que el Cirujano \_\_\_\_\_ con CMP N° \_\_\_\_\_, y RNE N° \_\_\_\_\_, me ha explicado  
que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Tratamiento  
Quirúrgico de Hemangioma ( ) - Malformación Arteriovenosa ( )** \_\_\_\_\_  
sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o  
complicaciones del mismo.

Por lo tanto, con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

**Doy mi Consentimiento para el Tratamiento Quirúrgico de Hemangioma ( ) Malformación  
Arteriovenosa ( ) \_\_\_\_\_, a favor de mi representado.**



Huella Digital

San Borja, ..... de.....del 20.....

Hora: ... : ... horas

**Firma del Representante Legal**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

**Firma del Médico Responsable**

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI ( ), C.E. ( ),  
Pasaporte ( ) N° \_\_\_\_\_, en calidad de Madre ( ), Padre ( ), Apoderado/Tutor Legal ( ) del (la)  
paciente \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ de edad, identificado con DNI  
N° \_\_\_\_\_, Historia Clínica N° \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el  
Consentimiento** firmado en fecha \_\_\_\_\_ para la realización del **Tratamiento Quirúrgico de  
Hemangioma ( ) Malformación Arteriovenosa ( )** \_\_\_\_\_ y asumo las  
consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

San Borja, ..... de..... del 20.....

Hora: ... : ... horas

**Firma del Representante Legal**

Nombre \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_

**Firma del Médico Responsable**

CMP N° \_\_\_\_\_

RNE N° \_\_\_\_\_