



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS O LINFANGIOMA QUÍSTICO

(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 Malformaciones Linfáticas (), Linfangioma Quístico ()

Diagnóstico : Malformaciones Linfáticas () - Linfangioma Quístico () D18.1

Localización:

Son malformaciones del sistema linfático, en donde los conductos linfáticos se encuentran dilatados u obstruidos y llenos de líquido linfático. Es benigno y se manifiesta principalmente por medio de un aumento de volumen de la región afectada.

Descripción del Procedimiento

Es el procedimiento quirúrgico que consiste en la resección parcial o total de la malformación linfática o Linfangioma quístico a nivel de la región de la cabeza y el cuello.

Objetivos del Procedimiento

Eliminación total o parcial de las malformaciones linfáticas o Linfangioma quístico 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, seroma, cicatriz hipertrófica, edema, sangrado, infección, granuloma, dehiscencia de incisión, disfagia, disfonía, odinofagia, disnea, 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 dependencia según el caso de 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 de la malformación linfática – linfangioma quístico.

Posibilidad de Tratamiento Alternativo

Escleroterapia.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

Reacción al hilo de sutura. Cicatriz queloide.

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: **Malformaciones Linfáticas () - Linfangioma Quístico ()** _____.

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 Malformaciones Linfáticas () - Linfangioma Quístico ()** _____ 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 Malformaciones Linfáticas () - Linfangioma Quístico () _____, a favor de mi representado.



Huella Digital

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

Hora: ... : ... horas

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

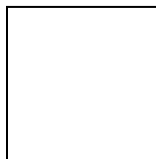
Firma del Médico Responsable

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 Malformaciones Linfáticas () - Linfangioma Quístico ()** _____ 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° _____