

Orlando Ophthalmology Surgery Center
Autorizacion Para Procedimiento Quirurgico
Implantacion de Valvula de Glaucoma Baerveldt

Nombre del Paciente _____ Cirujano _____

Procedimiento Propuesto: **Implantacion de Una Valvula de Glaucoma Baerveldt**
Ojo _____

Su medico a propuesto que usted tenga un procedimiento quirurgico para implantar una valvula en la parte de al frente de su ojo para ayudar a controlar su glaucoma.

Implantar una Valvula de Glaucoma Baerveldt (VGB) es un procedimiento quirurgico que envuelve atar un disco pequeno de silicon en la pared externa de su ojo e implantar un tubo microscopico atado al disco en la parte anterior de su ojo. Esto drena su liquido acuoso lentamente para ayudar bajar la presion dentro de su ojo y ademas reducir su dependencia de medicinas antiglaucoma. Como todas las cirugias de glaucoma, la VGB esta disenada para prevenir mas dano a su nervio optico bajando la presion de su ojo.

Ninguna tecnica quirurgica, incluyendo VGB, le va a devolver salud a un nervio optico ya danado. El proposito de la cirugia de glaucoma es prevenir mas dano al nervio optico. No le va a mejorar su vision central o perdida de campo visual. No hay garantia de que disminuyendo la presion del ojo le va a prevenir mas dano a su nervio o perdida de vision.

TRATAMIENTOS ALTERNOS:

Tratamientos presentes para la glaucoma incluyen gotas para los ojos, rayos laser y cirugia para disminuir la presion de su ojo. Frequentemente las gotas para los ojos son la primera linea de tratamiento. Los rayos laser y tratamientos quirurgicos son usualmente reservados para pacientes usando mas de un tipo de gotas o para aquellos que no pueden tolerar los efectos secundarios de los medicamentos. Si son efectivos, los rayo lasers usados para la glaucoma pueden tener un efecto temporero en la disminucion de la presion y en muchas ocasiones hay que repetir el tratamiento. Otros procedimientos quirurgicos incluyen trabeculectomia y endofotocoagulacion. El beneficio particular de las valvulas sobre otros procedientes quirurgicos de la glaucoma es la incidencia baja de fracaso y su habilidad a largo plazo de controlar la presion del ojo.

Durante el procedimiento puede ser que su medico tenga que usar quimicos como Mitomicina-C o 5-Fluorocil para prevenir la formacion de tejido de cicatriz o recrecimiento de tejido despues de la cirugia.

Los riesgos de usar Mitomicina-C o 5-Fluorocil incluyen:

Cambios a la capa superficial de la cornea, adelgazamiento de la conjuntiva con liqueo que requiera mas cirugia y un aumento del riesgo de infeccion. Estos son reversible la mayoria del tiempo.

RIESGOS Y COMPLICACIONES POSIBLES:

Como resultado de la cirugia de la glaucoma, yo entiendo que mi vision final puede ser peor que antes de la cirugia. Ocasionalmente, complicaciones pueden ocurrir semanas, meses o anos mas tarde. Las complicaciones incluyen sangrado, inflamacion, perdida de la claridad de la cornea, infeccion, hinchazon de la retina o desprendimiento, vision doble, empeoramiento de la glaucoma, parpado superior caido, anormalidades de la pupila y malfuncionamiento de el tubo de drenaje en el ojo que

pueda requerir una segunda cirugía. Rara vez el paciente puede desarrollar pérdida total de la vista o pérdida del ojo después de la cirugía. Los medicamentos para bajar la presión del ojo pueden ser necesarios postoperatoriamente, sea rápido después de cirugía muchos años más tarde.

ANESTESIA Y POSIBLES COMPLICACIONES:

La implantación de la VGB se puede ejecutar bajo anestesia local con sedación intravenosa bajo el “cuidado anestésico monitorizado”. Otros tipos de anestesia se pueden usar a la discreción del cirujano o el proveedor de anestesia como el o ella lo encuentren indicado. Como todo tipo de cirugía, hay posibilidad de otras complicaciones debido a la anestesia, reacción a drogas, otros factores que pueden envolver otras partes de su cuerpo, incluyendo la posibilidad de daño cerebral o hasta muerte, las complicaciones de la anestesia local alrededor del ojo incluyen perforación del ojo, sangramiento, destrucción del nervio óptico, interferencia con la circulación de la retina, posible párpado caído, visión doble, pérdida de visión, depresión respiratoria y presión sanguínea baja.

CONDICIONES ADICIONALES IMPREVISTAS DE CIRUGIA EN GENERAL:

Así como hay beneficios de la cirugía, yo entiendo que procedimientos médicos y quirúrgicos envuelven riesgos. Estos riesgos incluyen pero no están limitados a reacciones alérgicas, sangramiento, coágulos sanguíneos, infecciones, efectos dañinos de las medicinas, o pérdida de las funciones corporales o de vida, como también la transmisión de enfermedades infecciosas incluyendo hepatitis o el Síndrome Adquirido de Deficiencia Inmune (SIDA).

1. La naturaleza y propósito de la operación y anestesia, posibles métodos alternos de tratamiento, los riesgos envueltos, y la posibilidad de complicaciones listadas arriba han sido completamente explicadas a mí por mi médico. Yo reconozco que ninguna garantía o promesa se me ha hecho hacia los resultados que puedan ser obtenidos.
2. Por la presente yo autorizo al cirujano arriba mencionado y quien quiera el/ella pueda designar como su asistentes, a efectuar en mi persona (el paciente arriba mencionado) la operación arriba mencionada o procedimiento y si cualquier condición no prevista surgiese en el curso de la operación, en el cual juicio de el médico presente o el cirujano a cargo requiera de procedimiento(s) o operación(es) en adición a o diferente de aquella ahora contemplado. Yo adicionalmente requiero y autorizo a el/ella tomar cualquier acción el/ella considere recomendable.
3. Yo consiento a la administración de tales anestéticos como indicado en el juicio de el/la Anestetista, Médico, y Cirujano a cargo de mí.
4. Yo consiento a la administración de sangre, medicamentos, y otras sustancias y el uso de rayos-x y otros procedimientos considerados apropiado por el médico(s) o cirujano(s) a cargo de mí en el ejercicio de su juicio.
5. Yo consiento a la examinación, uso o disposición por mi médico o cirujano o un médico o cirujano asignado de el Orlando Ophthalmology Surgery Center, de cualquier órganos, tejidos, fluidos, o partes removidas de el cuerpo.
6. Yo consiento a la toma y publicación de cualquier fotografía o grabación en video durante el transcurso de esta operación para el propósito de el avance de la educación médica y/o científica. Las fotografías pueden incluir porciones apropiadas de el cuerpo, provisto ninguna identidad por las fotos o por textos

descriptivos les acompañen. Cintas de video son propiedad de el medico. Las fotografias seran incorporadas en el registro medico.

7. Yo consiento a la admision de observadores en la sala de operacion para el proposito de el avance de la educacion medica.
8. Yo autorizo la divulgacion de cualquiera informacion medica necesaria para procesar la reclamacion.
9. Yo autorizo el pago de beneficios medicos a Orlando Ophthalmology Surgery Center por servicios descritos arriba.

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO O SE ME HA SIDO LEIDO Y COMPLETAMENTE ENTIENDO EL ARRIBA ESTIPULADO CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y/O DE DIAGNOSTICO, QUE LAS EXPLICACIONES REFERIDAS EN EL MISMO SE HAN HECHO, Y TODOS LOS BLANCOS O DECLARACIONES REQUIRIENDO INSERTACION O COMPLETACION HAN SIDO LLENADOS Y PARRAFOS INAPLICABLES , SI ALGUNO, HAN SIDO TACHADOS ANTES DE YO FIRMAR.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

Cuando el Paciente es un menor o incapaz de dar consentimiento:

Paciente es un menor de _____ ano de edad o no puede firmar porque _____

Firma de persona autorizada a dar consentimiento por Paciente:

Relacion con el Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

TESTIGO: _____ Fecha _____ Hora _____

AFIRMACION DEL MEDICO A CONSENTIMIENTO

Yo certifico que he informado al paciente o su representante de la naturaleza de este procedimiento, metodos alternos al mismo, incluyendo no-tratamiento, y los riesgos asociaciados con el mismo.

Firma del Medico _____ M.D. Fecha _____