

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANGIOGRAFÍA OCULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba diagnóstica que se realiza en consulta y consiste en inyectar un colorante en una vena del brazo (como fluoresceína sódica y/o verde de indocianina). Después, mediante fotografías o vídeo, se observa cómo circula ese colorante por los vasos sanguíneos del ojo, lo que permite evaluar el estado de las estructuras internas, tanto normales como afectadas por alguna enfermedad.

En primer lugar se aplican unas gotas para dilatar la pupila. Esto puede causar visión borrosa y sensibilidad a la luz durante varias horas (hasta 12-24 horas), lo que puede dificultar actividades como conducir o leer. Después, se inyecta el colorante y se toman imágenes del interior del ojo.

Es posible que la piel adquiera un tono amarillento temporal y que la orina se oscurezca, ya que el colorante se elimina por esa vía. Durante la prueba, el paciente puede notar destellos de luz, algo de deslumbramiento, visión borrosa, e incluso una leve sensación de calor o náuseas, que suelen desaparecer rápidamente.

La finalidad es estudiar la circulación de la sangre en la retina, la coroides, para conocer con precisión el tipo, la gravedad y la extensión de la enfermedad. Con esta información, el médico podrá planificar el tratamiento más adecuado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Debido a que el colorante se elimina a través de la orina, esta cambiará de color durante las primeras horas tras la intervención.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos leves:

- Náuseas, vómitos, diarrea.
- Picor en la piel.
- Dolor de cabeza.
- Hipotensión.
- Sabor metálico en la boca.
- La extravasación accidental del contraste puede producir irritación e impregnación local de los tejidos de forma transitoria.
- Tromboflebitis (inflamación y/u obstrucción de la vena del brazo).
- Taquicardia.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Necrosis en la zona de inyección, parálisis nerviosas.
- Reacciones alérgicas graves a la fluoresceína o al verde de indocianina. Aunque es muy

excepcional, se pueden producir problemas respiratorios como asma aguda, edema laríngeo (dificultad severa para respirar); problemas cardiacos como shock circulatorio, infarto de miocardio, parada cardíaca o convulsiones. Además, en el caso de indocianina, puede haber alergia cruzada con los contrastes iodados y algunos alimentos, como el marisco.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia conocida a la fluoresceína sódica.
- Alergia al yodo.
- Insuficiencia renal moderada o grave.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No existen pruebas de imagen que aporten el grado de información que ofrece esta técnica diagnóstica.

De no realizarse esta prueba, no será posible conocer con precisión el estado actual de la enfermedad, lo que dificultará aplicar el tratamiento más adecuado.

AUTORIZACIÓN PARA "ANGIOGRAFÍA OCULAR"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: