

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON LÁSER EN RETINA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La retina es una capa delgada que recubre la parte posterior del ojo y es esencial para la visión. En su centro se encuentra una zona muy pequeña llamada mácula, que nos permite ver con claridad y precisión. Usamos esta visión central para actividades como leer, escribir o reconocer rostros.

Algunas enfermedades como la diabetes, la degeneración macular asociada a la edad, la miopía elevada o las trombosis en la retina pueden causar la aparición de vasos sanguíneos anormales. Estos vasos tienen una alta probabilidad de sangrar y provocar complicaciones como desprendimiento de retina o glaucoma.

Además, la retina puede romperse en su parte periférica, ya sea por debilidad natural o por zonas degeneradas. Si no se trata un desgarro o agujero, puede evolucionar hacia un desprendimiento de retina.

Para el tratamiento de estas enfermedades se utilizan técnicas con láser, entre ellas:

**Fotocoagulación focal con láser:** se aplica directamente sobre los vasos anormales para sellarlos y evitar que sigan dañando la mácula. Es un procedimiento rápido y poco molesto.

**Panretinofocoagulación:** se aplica en áreas más amplias de la retina para reducir el crecimiento de vasos anormales. Puede causar una leve molestia o sensación de pinchazo. A veces se necesita más de una sesión (entre 3 y 5).

En algunos casos, se aplican ambas técnicas en la misma sesión, tratando tanto la mácula como la retina periférica.

Para la realización de estas técnicas se aplican gotas anestésicas en el ojo y una lente especial para aplicar el láser que nos ayuda a mantener el ojo abierto durante el tratamiento. Durante el mismo, se perciben destellos de luz y dolor leve. Al terminar, es normal sentir deslumbramiento, visión borrosa temporal y ver un tono rosado durante unos minutos.

Si la enfermedad lo requiere, estas técnicas pueden repetirse para mantener el control de la retinopatía o maculopatía.

La finalidad del procedimiento es, si está afectada la mácula, mantener o recuperar parte de la visión central. En casos de retinopatía, el tratamiento con láser ayuda a reducir la gravedad de la enfermedad y a que desaparezcan los vasos anormales. Si hay roturas en la retina, el láser puede prevenir que se produzca un desprendimiento de retina.

De no realizar el tratamiento, la evolución de la enfermedad puede producir la pérdida completa de la visión.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

Riesgos frecuentes y leves:

Técnica panretinofotocoagulación:

- Disminución de la acomodación, la capacidad de adaptación a los cambios de luz y a veces disminución del campo visual.
- Pueden producirse queratitis (inflamación de la córnea) o úlceras corneales por el contacto de la lente con el ojo. Notará el ojo rojo, dolor ocular y le molestará la luz. Si eso ocurre, debe acudir a su centro con carácter urgente para su tratamiento.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

Técnica fotocoagulación focal:

- La fotocoagulación de la zona más central (fóvea).
- El crecimiento a largo plazo de las cicatrices producidas.
- La hemorragia o fibrosis en la retina puede producir distorsión o pérdida de visión. Son complicaciones muy raras.

Técnica panretinofotocoagulación:

- Desprendimientos de coroides o retina exudativos, transitorios, que se perciben como una sombra en el campo visual con o sin disminución de visión.
- Aparición de un edema macular o el agravamiento de uno existente, produciendo disminución de la visión.

La mayoría de estos problemas se pueden resolver con tratamiento médico con recuperación completa o parcial de la visión.

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

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

☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión

☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ Tratamiento anticoagulante

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

## CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- En la retinopatía diabética: administración de fármacos intraoculares, tanto antiangiogénicos como corticoides.
- En el caso de edema macular diabético: administración de fármacos intraoculares, tanto antiangiogénicos como corticoides o aplicación de láser subumbral o subliminal.
- En los desgarros no tratados: tratamiento con frío (crioterapia) o cirugía mediante vitrectomía.

#### **AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO CON LÁSER EN RETINA”**

Yo, D./Dª. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

#### **Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: