

## INFORMATIVO DE LÁSER PARA RETINOPATÍA DIABÉTICA

### ¿Qué es la retinopatía diabética?

Es una complicación de la diabetes, que evoluciona a etapas cada vez más peligrosas a medida que transcurre el tiempo y no se toman las medidas necesarias para detener o enlentecer este proceso.

### ¿Qué cambios ocurren en los ojos?

Al igual que en todo el cuerpo, la diabetes daña las arterias y las venas de los ojos, aparecen pequeñas hemorragias sin ocasionar síntomas pero cuando comprometen el centro de la retina (mácula) disminuye la visión.

Posteriormente crecen **vasos sanguíneos nuevos anormales** que se rompen fácilmente y producen grande hemorragias, complicación grave que puede generar desprendimiento de retina y pérdida de la visión (ceguera irreversible).

### ¿Cuál es el tratamiento de la retinopatía diabética ?

El mejor tratamiento es la prevención: el estricto control del azúcar en la sangre y de factores asociados (hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad, entre otros) reducirá el riesgo de que aparezca esta complicación.

El control oftalmológico periódico permite tempranamente esta enfermedad. En etapas avanzadas se requiere realizar procedimientos, que según el caso, podrían inclusive combinarse-, Láser, inyecciones dentro del ojo y/o cirugía que no restauran la visión normal, pero puede retardar la progresión de la enfermedad.

### ¿Cuáles son las indicaciones para el láser?

Se emplea para tratar:

1. Retinopatía diabética proliferativa (presencia de vasos anormales).
2. Retinopatía diabética no proliferativa muy severa con alto riesgo de progresión y/o
3. Edema macular diabético (Hinchazón en la zona central de la retina).

### ¿Para que se aplican los rayos láser?

El láser permitirá que llegue una mayor cantidad de oxígeno al área principal de la retina (mácula). **Este efecto se mantiene si se controla el azúcar en sangre.**

## **¿Cómo es el procedimiento?**

El procedimiento es ambulatorio y se realiza en un consultorio de la Unidad de Procedimientos Especiales. El paciente, con la pupila dilatada, se sienta frente al equipo de láser, se le coloca sobre el ojo un lente de contacto especial y se realizan los disparos de láser. El número de impactos y de sesiones varía de acuerdo con el plan de tratamiento.

## **¿Qué se siente durante el procedimiento?**

Cada disparo de láser genera un sonido y un destello de luz. Los disparos en ciertas zonas de la retina pueden producir un leve dolor tolerable.

## **¿Que anestesia se usa?**

El procedimiento se realiza con anestesia en gotas. Si el paciente sintiese dolor no tolerable, se le inyectará anestesia alrededor del ojo.

## **¿Qué beneficios espera conseguir con la fotocoagulación láser?**

Con el láser se espera detener o enlentecer la progresión de la retinopatía diabética. Es importante tener en cuenta que el tratamiento láser no siempre logra detener la enfermedad.

## **¿Existen riesgos del tratamiento?**

A pesar de la adecuada técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables o inesperados. En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Ningún procedimiento está exento de riesgos.

Las complicaciones pueden ser:

- Hemorragia intraocular: Se resuelve espontáneamente pero en ciertos casos se requiere cirugía para poder aspirarla.
- Disminución de la visión por hinchazón de la mácula, por lo general es temporal.
- Reducción de la visión periférica (campo visual) y alteración en la visión nocturna.
- Otras complicaciones muy infrecuentes: Lesiones en la córnea por el lente de contacto utilizado, lesiones en iris y cristalino (catarata).

## **¿Cuáles son los riesgos de no aceptar el tratamiento?**

Si no recibe tratamiento la enfermedad progresará empeorará su visión y requerirá cirugía (muy costosa y de pobre pronóstico visual) y podría quedar ciego de manera irreversible.

Si usted tiene alguna duda, por favor pregunte a su médico tratante o al personal de la Unidad de Procedimientos Especiales.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, DNI N° \_\_\_\_\_, paciente, familiar (parentesco \_\_\_\_\_) o representante legal, declaro que los médicos del IRO me han informado acerca de mi enfermedad y el tratamiento que se requiere. He comprendido que presento una complicación por diabetes, la cual ha sido diagnosticada como:

- ☐ Retinopatía diabética ☐ muy severa ☐ proliferativa ☐ OD ☐ OI ☐ AO  
☐ Edema macular diabético focal ☐ OD ☐ OI ☐ AO

El tratamiento se realizará con anestesia local y se ha propuesto:

- ☐ FOTOCOAGULACIÓN PAN RETINAL: ☐ OD ☐ OI ☐ AO  
☐ LASER FOCAL: ☐ OD ☐ OI ☐ AO

He sido informado de las molestias, riesgos y beneficios del tratamiento; así como también de los riesgos de no aceptar el tratamiento. He comprendido también que ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado y leído la información y recibido las explicaciones respectivas, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se realice el procedimiento propuesto

Trujillo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_.

..... FIRMA DEL PACIENTE DNI: ..... Nombre y apellidos: .....	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Huella digital</div>	..... Firma y sello del médico informante CMP: .....
..... FIRMA DEL TESTIGO DNI: ..... Nombre y apellidos: .....	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Huella digital</div>	

## REVOCATORIA / DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Dejo asentada mi voluntad de ejercer mi derecho a revocar el consentimiento informado previamente firmado en el que autorizaba al equipo médico a efectuar el procedimiento láser. He sido informado sobre las consecuencias previsibles (riesgos) de esta decisión.

Trujillo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_.

..... FIRMA DEL PACIENTE DNI: ..... Nombre y apellidos: .....	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 10px auto;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">Huella digital</div>	..... Firma y sello del médico informante CMP: .....
--	--	--