



INSTITUTO REGIONAL  
DE OFTALMOLOGÍA  
Javier Servat Urteaga

## ANGIOFLUORESCEINOGRAFÍA



### ¿Qué es la angiofluoresceinografía?

Es un examen que permite visualizar el flujo sanguíneo del fondo del ojo, mediante el uso de una cámara especial y una sustancia de contraste, llamada fluoresceína.

### ¿Para qué se hace una angiografía?

Este procedimiento facilita el diagnóstico y seguimiento de enfermedades de la retina, corticoides, y nervio óptico. Se emplea para decidir si un tratamiento puede ser beneficioso para usted y controlar su resultado.

### ¿Qué es la fluoresceína?

Es un colorante que se inyecta en la vena y sirve para visualizar los vasos sanguíneos.

### ¿En que condiciones debo acudir al examen?

Debe acudir en AYUNAS de 6 horas. Es indispensable la presencia de un acompañante.

### Consideraciones especiales.

- Si usted tiene diabetes, deberá traer examen de glucosa, úrea y creatinina (no mayor de dos días de antigüedad). NO DEBERÁ tomar las pastillas para la diabetes ni se aplicará insulina hasta después del estudio.
- Si tiene presión arterial alta o epilepsia, vendrá tomando su medicación según indicaciones.
- Si usa inhalador para el asma o tabletas para la angina, tráigalos consigo.
- No deberá tomar medicamentos para la ansiedad, depresión ni para dormir.

### ¿Cómo se realiza el examen?

Se dilata la pupila con gotas y se coloca la vía en la vena. Se le administra un antialérgico (clorfenamina 10mg.) Se toman las primeras fotografías del fondo del ojo y luego se inyecta fluoresceína en la vena. Se toma otra secuencia de fotografías a medida que la fluoresceína va pasando a través de los vasos sanguíneos del ojo, en algunos casos hasta 30 minutos después de la inyección.

### ¿Qué sucederá después de realizado el examen?

Finalizando el procedimiento usted permanecerá en la institución por 30 minutos para asegurarnos que se encuentran bien, luego le retirarán la vía endovenosa y podrá regresar a su hogar. Tendrá visión borrosa durante 6 horas; se recomienda no manejar vehículos ni maquinarias. En las 48 horas siguientes la orina se verá de color naranja y su piel podría ponerse amarilla.

### ¿hay riesgos o efectos adversos?

Ocasionalmente pueden presentar reacción adversa a la fluoresceína sentir: mareos, náuseas y vómitos, sabor metálico, picazón en el cuerpo, palpitaciones, sequedad de boca o aumento de salivación. Rara vez



la vena puede inflamarse o puede sentir dolor por escape de la fluoresceína a los tejidos. Así mismo, podría presentar desvanecimiento, dolor en el pecho, paro cardíaco, convulsiones, evento cerebro vascular, dificultad para respirar, bronco espasmo, edema laríngeo.

Un efecto adverso extremadamente raro es el shock anafiláctico (reacción alérgica generalizada). Se han notificado casos de muerte (un caso cada 222,000 exámenes). Al respecto debe saber que usted será atendido por un equipo calificado, que cuenta con la implementación necesaria para manejar inmediatamente una complicación seria.

¿Qué sucedería si no acepto realizar el examen?

Si decide no hacerlo, el médico no podrá tratar su problema ocular con la misma precisión. Es necesario señalar que usted podrá continuar atendiéndose en la institución.

#### LO QUE EL PACIENTE DEBE INFORMAR ANTES DE REALIZARSE EL EXAMEN:

- **Alergias:** Debe comunicar si sufre de asma, rinitis, alérgica o si anteriormente ha presentado alergia al mismo examen o a alguna sustancia de contraste.
- **Fármacos:** Comunique sobre toda la medicación que está recibiendo. Los betabloqueadores, incluyendo las gotas, pueden generar reacciones alérgicas serias.
- **Embarazo:** La AFG está restringida en pacientes que sospechan o están embarazadas, especialmente en el primer trimestre, aún cuando no se ha reportado toxicidad para el feto.
- **Lactancia:** La fluoresceína se excreta por la leche materna. Después del examen considere la posibilidad de suspender la lactancia durante dos días.
- **Inafluencia renal:** La fluoresceína se excreta por el riñón, por lo que la AFG está restringida.
- **Laboratorio:** La fluoresceína puede interferir con los análisis de sangre y orina, por lo que se deberá informar a su médico si requiere realizar algún examen.
- **Antecedentes de cirugía mamaria y cirugía de ganglios:** Indicar de qué lado fue.

#### RECUERDE:

- Debe acudir en ayunas de por los menos 6 horas.
- Si tiene diabetes:
  - Necesita un examen de glucosa, urea y creatinina no mayor de dos días de antigüedad. Si la glucosa es mayor a 200mg/dl, urea mayor de 50 mg/dl y/o creatinina mayor de 1.5 mg/dl se reprogramará el estudio hasta mejorar estos valores.
  - Su tratamiento para la diabetes deberá reiniciar al concluir el examen.
- Si es hipertenso tome su medicación. Si su presión es mayor de 170/100 se reprogramará el estudio hasta mejorar estos niveles.

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





INSTITUTO REGIONAL  
DE OFTALMOLOGÍA  
Javier Servat Unzueto

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Yo, .....  
DNI N° ..... paciente, familiar (parentesco: ..... ) o Representante Legal,  
declaro que el personal del IRO me han informado sobre el procedimiento diagnóstico que me han  
indicado, llamado angiofluoresceinografía. He sido informado de las molestias, riesgos y posibles  
complicaciones, así como los beneficios. He comprendido también que ningún procedimiento está  
absolutamente exento de riesgos.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y leído  
detenidamente este documento de autorización OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se realice este  
examen.

Trujillo, ..... de ..... del 20.....

.....  
FIRMA DEL PACIENTE

DNI: .....

Apellidos: .....

Nombres: .....

HUELLA DIGITAL

.....  
FIRMA DEL TESTIGO

DNI: .....

Apellidos: .....

Nombres: .....

HUELLA DIGITAL

.....  
Firma y sello del médico informante

Nombres y apellidos: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, .....  
DNI N° ..... paciente, familiar (parentesco: ..... ) o Representante Legal,  
declaro que el personal del IRO me han informado sobre el procedimiento diagnóstico que me han  
indicado, llamado angiografía fluoresceínica. He sido informado de las molestias, riesgos y posibles  
complicaciones, así como los beneficios. He comprendido también que ningún procedimiento está  
absolutamente exento de riesgos.  
Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y leído  
detenidamente este documento de autorización OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que se realice este  
examen.

Trujillo, ..... de ..... del 20.....

.....  
FIRMA DEL PACIENTE  
DNI: .....

Apellidos: .....  
Nombres: .....



.....  
FIRMA DEL TESTIGO  
DNI: .....

Apellidos: .....  
Nombres: .....



.....  
Firma y sello del médico informante

.....  
Nombres y apellidos: .....