

Exploración y consentimiento

Exploración oftalmológica del niño

J. Corsini¹, S. Bover², J. Callizo³. ¹Oftalmólogo adjunto. ²Residente de oftalmología. ³Jefe del Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII.

Correspondencia: J. Corsini. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Doctor Mallafre Guash, 4. 43007 Tarragona.

Anamnesis

Se debe descartar cualquier problema ocurrido durante el embarazo, el parto (edad gestacional y peso al nacimiento) y el período postnatal. Se apuntarán antecedentes familiares de enfermedad ocular.

Si presenta estrabismo, debemos conocer la edad de inicio, si es variable (cuando empeora el estar cansado o enfermo probablemente sea acomodativo), si es intermitente o constante (la intermitencia indica que existe alguna binocularidad) y si tiene tortícolis.

Exploración

Se debe crear un ambiente que facilite la comunicación con el niño, debemos trabajar con rapidez antes de que disminuya su atención. Los bebés cansados o hambrientos son difíciles de explorar.

A veces, la mejor información se obtiene en el momento en el que el niño entra en la sala. Por ejemplo, para valorar la dominancia ocular.

Agudeza visual

Es la exploración más importante, pero puede ser difícil lograr una valoración objetiva en niños menores de dos años y medio, o poco colaboradores.

Inicialmente se debe medir la agudeza con ambos ojos, ya que los niños con nistagmo pueden ver mejor en esta situación, además podemos apreciar posiciones compensadoras de la cabeza en casos de nistagmo con zona nula o estrabismos paralíticos.

Se debe tapar completamente el ojo no explorado, para ello podemos usar la mano, un parche adhesivo o una gasa con una tira de esparadrapo. Es mejor que los niños menores de cinco años estén sentados en el regazo de uno de sus padres; los de mayor edad pueden sentarse solos, pero en presencia de algún familiar.

Los lactantes hacia los dos meses de edad ya han desarrollado la fijación y el seguimiento, podemos valorar todo ello con un juguete o un objeto interesante. Podemos estimar la agudeza visual de un niño preverbal a partir de las características de su fijación; si es central (no es excéntrica, se hace con la fóvea), fija (mira al objeto continuamente con la fóvea), y mantenida (mantiene la fijación después de descubrir el otro ojo, no tiene estrabismo). El niño con mala visión en un ojo le molesta la oclusión del ojo que ve mejor.

En casos de estrabismo manifiesto, podemos obtener mucha información determinando con que ojo fija preferentemente. Tapamos el ojo fijador, y observamos el otro ojo mientras se encarga de la fijación; si al destaparlo vuelve a fijar inmediatamente con el primer ojo, la dominancia es clara; si mantiene la fijación unos segundos, la preferencia no es tan fuerte. Se presupone que los pacientes con alternancia espontánea no presentan diferencias en la visión entre los dos ojos.

Determinar el predominio ocular en un paciente sin estrabismo es más difícil. Se puede emplear la prueba de la tropía inducida o del prisma vertical, es útil en casos donde se sospecha ambliopía anisométrica u otros tipos de ambliopía monocular. Se pone un prisma de 15 dioptrías, con la base hacia arriba o hacia abajo, delante de un ojo mientras el niño mira un objeto con los dos ojos. Si ambos ojos se mueven, se supone que estaba fijando con el ojo situado detrás del prisma, y que es el dominante; tras retirar el prisma, se coloca delante del otro ojo, la ausencia de movimiento indica que el otro ojo es el dominante. Si la colocación del prisma en cualquiera de los dos ojos produce una refijación conjugada, se asume que no hay diferencia en la agudeza de los dos ojos.

La prueba de la mirada preferente de Teller valora la agudeza mediante la presentación de dos estímulos visuales, uno es una rejilla de alto contraste con varias frecuencias de espaciado y otro una tarjeta en blanco similar (Figura 1). El niño encuentra más interesante el estímulo rayado y prefiere mirarlo. El examinador se coloca detrás de una pantalla, y a través de una mirilla observa a qué tarjeta dirige el niño la mirada. Se usan tarjetas con enrejados cada vez más delgados, hasta que el niño no muestra preferencia por esa tarjeta, al no percibir diferencia entre una y otra. El resultado se expresa en ciclos por grado. Exige personal experimentado y tiempo, además requiere la colaboración del niño, y los límites de los valores normales son muy amplios, por lo que no se puede relacionar directamente con una cifra de agudeza para optotipos de Snellen.

Se puede utilizar la respuesta de nistagmo optocinético como una prueba de visión general. Se puede desencadenar con un tambor, o girando al niño sobre sí mismo, para ello se le sienta en el regazo del explorador, el cual está sentado en un taburete giratorio.

Si se provoca nistagmo, se considera que la visión es de 0,5 o mejor. La prueba requiere la atención del niño, y algunos lactantes normales no se

desencadenan reacciones, por lo que su ausencia no implica déficit visual.

El potencial evocado visual con patrón nos permite evaluar la función macular. Pueden detectar ambliopía y enfermedades orgánicas. Es necesario vigilar continuamente la fijación durante el registro, y el paciente debe llevar la corrección óptica apropiada. Los inconvenientes principales son el equipo y técnicos especializados, y la amplia variabilidad en la amplitud de la onda, incluso en sujetos normales. Los valores de adultos se alcanzan hacia un año de edad.

A partir de los tres años de edad muchos niños colaboran en la determinación verbal de la agudeza. Pueden emplearse dibujos de trazos sencillos, si todavía no conocen el alfabeto. Hay figuras aisladas proyectadas o tarjetas de mano, pero no detectan el fenómeno de apiñamiento característico de la ambliopía. Si es posible debe realizarse con optotipos de varias hileras, el clásico es el modelo de Pigassou (Figura 2).

Después de los cuatro años se emplea la "E" de Snellen o la "C" de Landolt, el niño indica la orientación de la letra con sus dedos. Los resultados son similares a la agudeza valorada con letras.

Entre los cinco y siete años de edad se pueden utilizar los optotipos con letras o números. Pero si el niño muestra un rendimiento bajo, se debe usar una prueba de las indicadas previamente. En la historia clínica se registra el método que se ha empleado.

La agudeza visual lineal en letras es de 0,5 a los tres años de edad, de 0,8 hacia los cuatro a cinco años, y a los seis años de edad lo habitual es alcanzar la unidad.

Motilidad ocular

Se efectúa al principio de la exploración del niño, puesto que puede producirle fatiga y desencadenarle una foria.

Test de Hirschberg

Es una prueba sencilla y la primera que podemos efectuar. No sirve si hay ambliopía profunda con fijación excéntrica. Se basa en la observación del reflejo de una linterna sobre la córnea a un metro de distancia. Si el reflejo corneal es simétrico y está en el centro de la córnea, no hay desviación. Aproximadamente cuando el reflejo cae en el borde pupilar, el ángulo es de 15°; en el medio del iris de 30°, y en el limbo de 45°.

Da una estimación del ángulo de estrabismo manifiesto en pacientes que no colaboran o cuando la fijación es mala. También sirve para detectar pseudostrabismos (aparición de estrabismo sin haber alteraciones motoras ni de la visión binocular).

Test de Krimsky

Se colocan prismas sobre el ojo fijador en el test de Hirschberg para cuantificar la desviación. Se aumenta la potencia del prisma hasta que los reflejos corneales son simétricos.

Cover Test, prueba de la pantalla o de la oclusión-desocclusión

Es la prueba principal. Valora la capacidad de cada ojo, por turno, de efectuar una fijación central cuando se cubre el ojo vecino. Permite diferenciar entre tropías y forias. Requiere que el ojo fije la luz como mínimo y una buena colaboración del paciente, que debe llevar su corrección óptica. Se efectúan mediciones para lejos y cerca.

- *Prueba de oclusión (detecta la tropía)*. Se realiza enfocando un objeto diana, situado recto hacia delante. Se empieza ocluyendo el

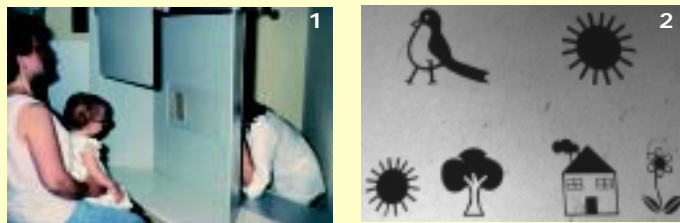


Figura 1. Prueba de Teller.
Cortesía de la Dra. A. Fernández Guardiola, H. Sant Joan de Deu

Figura 2. Optotipo de Pigassou

ojo que creemos que no desvía. Pueden ocurrir dos situaciones:

- No hay movimiento (cover negativo) indica ortoforia, heterotropía del otro ojo, pseudostrabismo o estrabismo con fijación excéntrica.
- Hay movimiento de refijación, el ojo ocluido es el fijador y el ojo no tapado el desviado. Si el giro es hacia aducción, abducción, hacia arriba o hacia abajo indicará exotropía, endotropía, hipotropía o hipertropía, respectivamente. Los microstrabismos pueden ser inapreciables.

La prueba se repite en el ojo opuesto.

- *Prueba de desocclusión (detecta la foria)*. Se observa el ojo tapado, bien tras el ocluidor o al retirarlo. Si al retirarlo, este ojo toma de nuevo rápidamente la fijación, indicará que éste es el dominante y que no existe alternancia, y viceversa. Por lo tanto, la falta de movimiento indica ortoforia, mientras que una refijación hacia dentro, hacia fuera, hacia arriba o hacia abajo, indican exoforia, endoforia, o foria vertical (inferior o superior), respectivamente. La mayoría de las veces se realiza la prueba de oclusión y desocclusión de manera simultánea (cover-uncover test). La prueba se repite en el ojo opuesto.
- *Prueba de oclusión alterna (detecta la tropía y la foria)*. Se debe realizar después de la prueba de oclusión-desocclusión, nunca antes. Permite poner de manifiesto la desviación total. Se realiza sin permitir un intervalo de visión binocular; pero sin mover el ocluidor con excesiva rapidez. Si no ocurre ningún cambio ocular, hablamos de ortoforia. Si ocurre un cambio, existirá una desviación, una heteroforia.
- *Prueba de prisma y cover test*. Es un test cuantitativo. Se realiza colocando un prisma (el de menor potencia con el vértice en la dirección de la desviación) en el ojo no fijador, al mismo tiempo que se realiza el cover test, y se aumenta la potencia del mismo hasta que se compensa la desviación.

Versiones

El paciente debe seguir un objeto, o una linterna, y se observan los movimientos de ambos ojos, que deben ser simétricos en la misma dirección. Estos son: posición primaria, hacia arriba (elevación), hacia abajo (depresión), mirada hacia la derecha (dextroversión), hacia la izquierda (levoversión), dextroelevación, dextrodepresión, levelevación, levodepresión, dextrocicloverción y levocicloverción.

Ducciones

Si las versiones no son completas, deberán valorarse los movimientos en todos los campos de acción del ojo individual (aducción, abducción, elevación, depresión, intorsión y extorsión).

Vergencias: Convergencia y divergencia

Movimientos en que ambos ojos se mueven de manera sincrónica y simétrica en direcciones opuestas.

Estereoagudeza

El estudio de la estereopsis es eficaz para detectar microestrabismos. También descarta casos dudosos de pseudoestrabismos. La estereoagudeza de 60 s o mejor, se correlaciona con la fusión de ambas fóveas. Podemos utilizar la prueba de Titmus y la prueba de cuatro puntos de Worth.

Inspección y examen con lámpara de hendidura

Es útil la lámpara de hendidura portátil. Sin embargo, es difícil valorar el Tyndall. Los niños que tienen más de tres años de edad suelen tolerar la exploración con la lámpara de hendidura normal.

Tonometría

Se aplica el tonómetro de mano. Se puede usar un neumotonómetro. Con baja colaboración, puede ser necesario efectuarlo bajo anestesia.

La PIO es más baja en los lactantes que en los adultos, y oscila entre 8 y 12 mmHg.

Refracción y retinoscopia

Se debe efectuar la retinoscopia ciclopléjica a todos los niños durante la consulta inicial.

El ciclopléjico colirio se usa al 0,5% en menores de seis meses de edad y al 1% después. Se instila una gota y otra al cabo de cinco minutos, siendo la cicloplejia máxima entre unos cuarenta a sesenta minutos. La acomodación se recupera en veinticuatro horas.

En algunos casos se usa atropina al 0,5% en menores de doce meses y al 1% después. Los padres lo ponen dos veces al día, durante tres días antes

de la visita, ese día no. La cicloplejia es máxima a las tres horas y su recuperación tiene lugar en dos semanas.

Oftalmoscopia

Suele efectuarse al final. Se realiza la oftalmoscopia indirecta con la pupila dilatada. Se valora también la fijación foveal con el visuscopio.

Pruebas electrofisiológicas

Tendrían utilidad diagnóstica estas pruebas en:

- Los lactantes con nistagmo y visión deficiente desde el nacimiento.
- Los niños con lesiones maculares francas pero no diagnósticas.
- Los niños en los que se sospecha una degeneración de la retina generalizada.
- Los niños con pérdida visual por causas que no se hayan podido identificar.

El electroretinograma (ERG), refleja cambios en la capa de células bipolares y de Müller, y depende de impulsos de los fotorreceptores. El electrooculograma (EOG), lo genera el epitelio pigmentario de la retina y los fotorreceptores. El potencial evocado visual (PEV), permite evaluar la función macular, e indica conducción en las vías retrobulbares y cerebrales.

Bibliografía recomendada

- Fernández Guardiola A. Exploración del paciente estrábico en edad pediátrica. *Annals d'oftalmologia* 2005;13:31-5.
- Nelson LB. *Harley's pediatric ophthalmology*. 4 ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998.
- Wright KW, Spiegel PH. *Pediatric ophthalmology and strabismus. The requisites in ophthalmology*. Ed. Harcourt, 2000.

El consentimiento informado en oftalmología pediátrica

T. Solans Barri¹, TM. Torrent Solans². ¹Vicepresidenta de la Societat Catalana d'Oftalmologia y coordinadora del Grupo de Oftalmología Legal. ²Oftalmóloga. Hospitais da Universidade de Coimbra (Portugal).

Correspondencia: T. Solans. Hospital de Sant Pau. Sant Antoni Maria Claret, 167. 08025 Barcelona. E-mail: 6235tsb@comb.cat / teresatorrent@comb.es

Introducción

Los niños deben ser considerados como personas desde el momento de su concepción, por lo que se les deben aplicar los mismos Principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia que a los adultos¹. La Declaración Internacional de los Derechos del Niño promulga el derecho que tienen a su autodeterminación, dignidad y respeto, así como a tomar decisiones fundamentadas. En la Carta Europea sobre niños hospitalizados, se dice que

niños y padres tienen derecho a participar con conocimiento de causa en todas las decisiones, además de que se debe proteger al niño de tratamientos y estudios innecesarios². De ahí que cada vez que sean requeridos nuestros servicios para atender a un menor y estos servicios pasen por una prueba o tratamiento cruento o potencialmente peligroso, debemos obtener el permiso para practicarlas y a este permiso (generalmente escrito), después de una buena información de riesgos, beneficios e indicaciones se le ha dado el nombre internacionalmente aceptado de CONSENTIMIENTO INFORMADO, y en algunos países, se le añade el adjetivo de LIBRE.

El consentimiento informado (CI) es considerado, cada vez más, parte integrante de la historia clínica y de la misma manera que no concebíamos a ésta sin los antecedentes del paciente, así como el motivo de consulta, no debemos "consentir" que ningún procedimiento (sobre todo si es cruento) adolezca de la falta del mismo, y ello ya no como defensa frente a una posible demanda, ni porque nos obliga la ley, no, sino porque el Consentimiento informado es más un deber ético que una cobertura legal.

El CI se define por la reciente Ley 41/2002 como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud"³.

El consentimiento informado

Decíamos con el GRUPO DE OFTALMOLOGÍA LEGAL en la Comunicación solicitada de la Sociedad Española de Oftalmología de 1996 que el Consentimiento Informado, es "la información que recibe el paciente consciente y orientado, por parte de su médico, sobre el proceso que sufre, las alternativas de tratamiento y sus posibles complicaciones"⁴. Se le pide entonces al paciente que autorice el tratamiento o las exploraciones requeridas.

Es requisito imprescindible en el CI el apartado en el que el paciente puede revocar este consentimiento. Aunque según el artículo 5,4 de la Ley 41/2002 cuando la información puede entrañar un peligro para la salud del paciente, se aplicará el privilegio terapéutico que consiste en poder dar la información sesgada.

¿Quién debe dar el consentimiento?

En todos los consentimientos que se han elaborado en la comunidad científica, se contempla la firma del padre/madre o tutor/a siempre pensando en que se puede tratar a un enfermo, menor o incapacitado, es por ello que los consentimientos no difieren en Pediatría de los que se usan en los adultos, excepto en que en el caso del niño se debe cumplimentar el apartado del padre/madre o tutor/a y este padre, madre, tutor o tutora, sería aconsejable que escribiera su nombre con su propia letra en el documento de consentimiento. También es importante no sólo que, como en todos los consentimientos, se explique bien el proceso, los riesgos y las alternativas terapéuticas, sino que en este documento debe constar que todas estas explicaciones las han entendido los padres o en su defecto los tutores y que consienten en el tratamiento.

Se considera edad pediátrica la que va desde antes del nacimiento hasta los 16 años, a partir de ese momento y hasta la mayoría legal de edad (18 años), existe una franja de edad en la que todos los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que vayan a realizarse sobre el individuo, al igual que ocurre con las personas adultas, deben ser consentidos.

Según la Ley Orgánica 1/1996 a los 12 años debe tenerse en cuenta la opinión del menor si bien sólo se debe tener en consideración y después de asegurarnos que la información que le hemos dado, ha sido comprendida. Sin embargo serán en último lugar los padres, o el representante legal, los que deberán consentir en el tratamiento que le vamos a realizar a su hijo o tutelado⁵.

En el caso de separación matrimonial, situación relativamente frecuente hoy en día, es aconsejable el consentimiento de ambos progenitores, sobre todo si la intervención entraña cierto riesgo, para evitar que una situación de "chantaje" entre la pareja en proceso de separación o ya separada termine involucrando al profesional que en aquel momento decidió únicamente con uno de los padres el procedimiento diagnóstico o terapéutico del niño. Por ello, una de las preguntas deberá ser si los padres biológicos conviven o si están separados, y en este caso quién tiene la patria-potestad, o quién es el representante legal del niño. Si bien en el caso de entrar en litigio, si el médico cree necesaria la intervención o tratamiento puede pedir la intervención del Juez.

De nuevo en el apartado de revocación se debe especificar que aunque le han explicado que el mejor tratamiento para su hijo/a es----- revoca el consentimiento dado anteriormente, asumiendo las consecuencias de no realizar el tratamiento indicado y sabiendo lo que le va a pasar a su hijo/a.

Deberíamos además confeccionar un documento, sobre todo en cirugía pediátrica, de NO-ACEPTACIÓN. Éste sería útil en el caso en que los

padres no están de acuerdo en que se le realice a su hijo una intervención que tiene un riesgo grave y el beneficio es pequeño, en este supuesto puede prevalecer la voluntad de los padres sobre la del médico. En el caso contrario, en que el riesgo es pequeño y el beneficio grande, debe prevalecer la voluntad del médico aunque para ello sea necesaria la intervención del Juez cuando los padres o tutores están en desacuerdo con el procedimiento. Aquí es conveniente recordar las sentencias sobre la no transfusión sanguínea ordenada por padres testigos de Jehová sobre niños en peligro y la determinación del Juez sobre que el principio de la vida se encuentra por encima de la libertad de conciencia de los padres (Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 1997).

A los 12 años se debe tener en cuenta la opinión del menor, sobre todo si da suficientes señales de madurez; a los 14 años son capaces de tomar decisiones y se debe respetar su privacidad y confidencialidad, aunque si vienen con los padres a la consulta entenderemos que se puede hablar libremente delante de ellos. Si hay conflicto entre un adolescente competente y sus padres el médico debe asegurarse que la opinión del menor se tiene en cuenta y en caso de conflicto se recurrirá a la determinación de un juez⁶.

En cuanto se llega a los 16 años todas estas consideraciones ya no son útiles pues se les da el tratamiento de personas autosuficientes, si bien se les puede aconsejar y colaborar. En este apartado entrarían los niños emancipados que pueden tomar decisiones sobre tratamientos médicos sin contar con los padres⁷.

Contenido del consentimiento

En el consentimiento informado en pediatría creemos que son de capital importancia algunos aspectos básicos tal y como lo son en cualquier CI: en primer lugar la fecha del documento, en segundo lugar, siempre que sea posible, deberá constar en el documento si se trata de una intervención a globo abierto o no, la agudeza previa del niño y en el caso de tratarse de una intervención sobre la mal posición de los globos o de los párpados sería de gran ayuda un esbozo del estado previo a la intervención o en su defecto una fotografía que acompañase al consentimiento. Vale la pena recordar que por muy exitosa que sea la cirugía y sobre todo si no lo ha sido tanto, siempre para unos padres su hijo tiene menos defectos de los que en realidad tiene, por lo que necesitamos un documento previo que demuestre la mejoría, si es que existe.

Es importante recordar también que antes de iniciar un tratamiento en un niño debemos sopesar el trastorno que va a ocasionar al mismo así como a su entorno, y tener la certeza de que la relación coste beneficio será equitativa.

El consentimiento informado como proceso dinámico

El CI es un proceso continuado, no termina cuando se ha firmado el documento, sino que sigue mientras dure el proceso causante de la consulta médica y en el caso de pediatría es sumamente importante esta continuidad. Muchas de las intervenciones quirúrgicas en los niños no son más que un comienzo de un largo proceso de tratamiento o como mínimo seguimiento (cataratas pediátricas, estrabismo, glaucomas congénitos...).

Por ello es importante una buena comunicación con los padres o tutores y advertirles al principio sin ánimo de asustarles, de todas las complicaciones y eventuales molestias que el niño puede sufrir. Mención especial

se debe hacer a la retinopatía del prematuro, a las cataratas congénitas, al niño maltratado y otras tantas alteraciones pediátricas que si no lo advertimos a tiempo, los padres consideran que una vez tratado el niño tendrá una visión del 100% y nada más lejos de la realidad.

No olvidaremos aquí la advertencia que debemos realizar a los padres en el primer día del tratamiento de un niño con estrabismo sobre la posibilidad de que, si el niño es ambliope, no será la intervención quirúrgica la que resuelva esta situación, sino que será un proceso lento y pesado que necesitará la colaboración de los padres y toda su paciencia. De modo que en los momentos de desesperación en que no observen avances en el tratamiento del niño estarán sobre aviso de esta posible situación, y ellos lo vivirán como un "volver a empezar".

Que sea un documento que se pueda presentar en público y que pueda ser leído y comprendido por todos, nada de definiciones técnicas en el consentimiento y a poder ser que se les entregue unos días antes de la intervención lo que constará en la fecha del documento. Es también aconsejable la realización de dos copias firmadas del documento: una para ser custodiada en la historia y la otra para el paciente o sus padres.

En cuanto a qué consentimiento es mejor, el que cumpla con los requisitos que marca la ley o las leyes, ya que desde 1984 hasta nuestros días se han venido ampliando y completando para mejorar y siempre con la finalidad del bien del enfermo y del respeto a su intimidad y autonomía. La propia Organización Mundial de la Salud ha publicado sus recomendaciones respecto al Consentimiento Informado Paterno para ser usado en Ensayos Clínicos⁸.

Discusión

Últimamente se han editado unos consentimientos que no son ni serán los definitivos ya que lo conveniente sería que la Sociedad Científica de cada especialidad o la Real Academia de Medicina, o en su defecto el Consejo General de Colegios Médicos, fuesen los que unificasen criterios y editaran un mismo consentimiento que fuera útil para todas las técnicas y que acompañado de unas buenas hojas de información fuese el consentimiento tipo a usar por toda la comunidad científica al igual que ocurre con el certificado médico oficial que es uniforme para todo el Estado y del cual se realiza uno para cada proceso específico.

Con lo anterior queremos decir que nos debemos acostumbrar a que el CI forme parte del soporte en papel de la Historia Clínica y que en lo que deberá esmerarse cada especialidad es en hacer unas hojas de información para cada procedimiento (que éstos sí que cambian), puestas continuamente al día, que sean comprensibles para el paciente si ya está en edad de comprender y para sus padres o tutores.

El modelo más frecuentemente usado para el consentimiento informado muestra primero la identificación del padre o tutor o representante legal, que en el caso de la oftalmología pediátrica es lo más importante, a continuación la identificación del paciente y después la del médico responsable, que en este caso podrían ser dos, por un lado el pediatra que ha descubierto el defecto y lo ha enviado al especialista, luego también ha asumido una responsabilidad, y el médico especialista que será el que lleve a cabo la intervención o el tratamiento que proceda.

A continuación deben describirse las características de la intervención con sus bondades y sus riesgos, los más graves y los más frecuentes. No podemos olvidar el hacer referencia al caso particular que nos ocupa y que puede que por su especial idiosincrasia tenga factores de riesgo añadidos.

Sabemos perfectamente que no podemos escribir un tratado de complicaciones oculares cada vez que vayamos a escribir un consentimiento,

primero porque no se trata de asustar al enfermo para que salga huyendo y nos ahorremos la intervención, y segundo porque el consentimiento debe consentir en algo después de estar debidamente informado. Así como también es importante contemplar las alternativas terapéuticas cuando existan.

El padre o tutor debe comprometerse en el CI a realizar las curas y a respetar las indicaciones del médico y del centro sanitario al que ha acudido con su hijo.

Para preservar lo mejor posible la estabilidad emocional del niño, se recomienda explicarles aunque sea de una manera sencilla la intervención a partir de los 2 años de edad y para que se vayan familiarizando con el entorno se recomienda que alguno de los padres o tutores se vistan como el cirujano unos días antes o incluso hacer pasear al niño por el hospital para familiarizarse con el entorno.

Conclusión

Para concluir, queremos resaltar una serie de puntos básicos que creemos que todo Consentimiento Informado debe cumplir:

- El médico que va a realizar la intervención es el que debe informar y resolver todas las dudas razonables y no debe hablar de lo que no sabe.
- El CI es más un deber ético con nuestro semejante, en este caso el niño enfermo, ciego, apaleado, herido, etc. que una protección legal.
- Es un proceso verbal y escrito, continuado mientras dure el tratamiento motivo de la consulta.
- El tener el CI documentado y firmado no excluye de la responsabilidad que se contrae por mala praxis.
- Debe entregarse con tiempo salvo en caso de urgencia.
- Se quedará en la Historia clínica, aunque se le puede dar una copia al padre-madre.
- Los padres deben afirmar en el consentimiento que no han ocultado ninguna información sobre la salud u otros tratamientos realizados al menor.
- Para ensayos clínicos regulados por el RD561/1993 rige lo mismo que para los ensayos en adultos, en los discapacitados, sólo se podrán realizar los que les puedan beneficiar directamente.

Bibliografía

1. Curbelo Pérez. El Consentimiento Informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *Avances de Pediatría* 2003;27(3).
2. Garduño Espinosa A, Reyes Lucas C, Ortiz G. Consentimiento informado en pediatría. La autonomía del niño en discusión. *Revista Mexicana de Pediatría* 2001;68.
3. Curbelo Pérez. El Consentimiento Informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *Avances de Pediatría* 2003;27(3).
4. Solans Barri T. G.O.L. Consentimiento Informado, 1996. Comunicación Solicitada del Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología. Ed. Mac Line S. L.
5. Curbelo Pérez. El Consentimiento Informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *Avances de Pediatría* 2003;27(3).
6. Curbelo Pérez. El Consentimiento Informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *Avances de Pediatría* 2003;27(3).
7. Curbelo Pérez. El Consentimiento Informado en el menor de edad. Revisión a la luz de la nueva normativa. *Avances de Pediatría* 2003;27(3).
8. Recomendaciones para el Consentimiento Informado Paterno. *Organización Mundial de la Salud*. (www.who.int)