

Consentimiento informado traslativo. Caso clínico

Dr. Carlos Cabrera Lozada

Maternidad "Concepción Palacios". Caracas.

RESUMEN: La relación médico-paciente es una relación fundamentalmente humana que obliga a la honestidad y respeto de los que intervienen. En los casos de las discapacidades para ejercer el principio bioético de la autonomía, se requiere el consentimiento informado sustitutivo.

Se presenta y analiza caso de paciente que es esterilizada quirúrgicamente por presentar discapacidad mental, con consentimiento informado sustitutivo ejercido por su madre, cinco años después la paciente en compañía de su esposo reclama a la institución la práctica de dicha intervención, colocando en dilema su derecho a la reproducción con la calidad de vida, se analiza y se concluye que el consentimiento informado se traslada al esposo; por lo que se le practica recanalización tubárica, pudiendo satisfacer su derecho a procrear un hijo con su esposo. Como conclusión se propone el término de consentimiento informado traslativo, para aquellos casos en que el consentimiento informado se traslada de un tutor a otro.

Palabras clave: Consentimiento informado traslativo.

SUMMARY: The doctor-patient relation is a fundamentally humane relationship which requires honesty and respect from its participants in cases of incapacity to exert the bioethical principle of autonomy, informed substitute consent is required. A case is presented where the patient is medically sterilized by surgery due to her mental incapacity, with informed substitute consent from her mother. Five years later the patient issues a claim with her husband questioning the dilemma of her right to procreation combined to quality of life issues. The matter is analyzed and it is concluded to concede the informed substitutive consent to her husband so a tube recanalization is performed, allowing her to bear children. As a result, the term translativo of informed substitute consent is proposed, for cases where the informed consent is reassigned from one tutor to another.

Key words: Translative informed consent.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente se establece por lo general entre dos personas desconocidas, cuando una persona busca a otra que cree podrá resolverle su problema. Es una relación entre alguien que busca ayuda y otro que pueda dársela, tradicionalmente es una relación humana, asimétrica, que requiere de ambas partes para aportar lo mejor de sí y lograr el objetivo buscado, dentro del mayor ambiente de mutuo respeto.

Uno de los principios de la relación médico-paciente descansa en la autodeterminación del paciente. Una persona legalmente competente tiene derecho a decidir lo que se hará con su cuerpo y no

debe ser compelida a aceptar un tratamiento que no desea.

Debido al conocimiento del médico y a la habitual ignorancia del enfermo en cuanto a su propia condición física, el paciente acepta que el médico actúa de buena fe en todo lo que concierne a sus intereses. El médico, por consiguiente, tiene el deber, ante de tratar al enfermo, de explicarle en forma adecuada el procedimiento a utilizar y advertir sobre los posibles riesgos en su actuación, única forma de permitirle una elección inteligente en cuanto a la aceptación o el rechazo.

El requerimiento del libre consentimiento, previo a la realización de cualquier procedimiento médico en una persona, es de orden ético y legal. La razón para este procedimiento reside en el cumplimiento del principio que a toda persona se le debe permitir tomar decisiones y ejercer el derecho a elegir cuando se trata de hechos susceptibles de afectar su

Trabajo Especial de Investigación para aprobar el Curso de Ampliación de Bioética en la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina.

Recibido: 09-02-00

Aceptado para publicación: 02-08-01

integridad, su autonomía protegiéndola contra cualquier forma de manipulación o exploración.

En cuanto a las decisiones médicas se puede expresar, que involucra seres humanos y supone una reacción entre diferentes posibilidades lo que hace que toda decisión médica sea una decisión ética, e implica que debe llevar consigo la formulación de dos juicios, uno racional y otro valorativo, siendo ambos inseparables.

En ciertas condiciones, el consentimiento informado es transferido a un tercero, debido a la no competencia del paciente para decidir en el ejercicio de su libre autonomía, ejemplo de ellos son los neonatos, los lactantes, los pacientes críticamente enfermos y los comprometidos desde el punto de vista mental, por lo que aparece la figura del tutor. Por no ser, éste la prolongación de la libertad del otro individuo, sino que ejerce autoridad como familiar directo, muchas de las veces con relación paterno-filial, estos tutores pueden elegir entre distintos modos de entender lo que más le conviene a un individuo con arreglo a los valores aceptados por la comunidad en la que el tutelado vive, basados en la presunción de que éste lo suscribirá; el tutor es también una autoridad en lo referente a los intereses y deseos del individuo incompetente, en cuyo caso se convierte en un sustituto de directrices previas. El tutor debe intentar reconstruir lo que hubiera deseado el tutelado.

Los autores pueden en ocasiones, simplemente tomar las decisiones necesarias y seleccionar alguna, de entre muchas opciones aceptables para las personas racionales y prudentes en el seno de una sociedad concreta.

Es importante admitir que las personas que toman decisiones por poderes, no siempre enjuician correctamente lo que el paciente hubiese deseado, sin embargo, el respeto al derecho de autonomía sólo puede ser ejercido por la persona a quien corresponde la tutoría.

El consentimiento por poderes o sustitutivo es la decisión que toma una persona que se considera autorizada en nombre del individuo, suelen ser los padres o sus delegados, que actúan por un no emancipado de cuya crianza se ocupan y que valoran lo que más le conviene, según lo entiendan en el seno de su comunidad, determinada por la apropiada razón y prudencia moral. En síntesis, el individuo transfiere a otros un derecho que le es propio.



ACO: anticonceptivos orales.
DIU: dispositivo intrauterino.

Figura 1.

Presentación de caso ilustrativo

El caso a presentar tiene dos fases ya que la paciente ingresó en dos oportunidades a la Maternidad “Concepción Palacios”, lo que obliga a estudiar y analizar desde el punto de vista bioético y con fines didácticos los dos aspectos referidos.

Primer ingreso (1983)

Adolescente de 17 años de edad, quien es traída a la consulta por su madre por presentar amenorrea, antecedentes de epilepsia tipo gran mal y trastornos neuropsiquiátricos. Es admitida con los siguientes diagnósticos:

1. Embarazo de 39 semanas en trabajo de parto.
2. Epilepsia tipo gran mal.
3. Retardo mental.

4. Embarazo en adolescente producto de una violación.

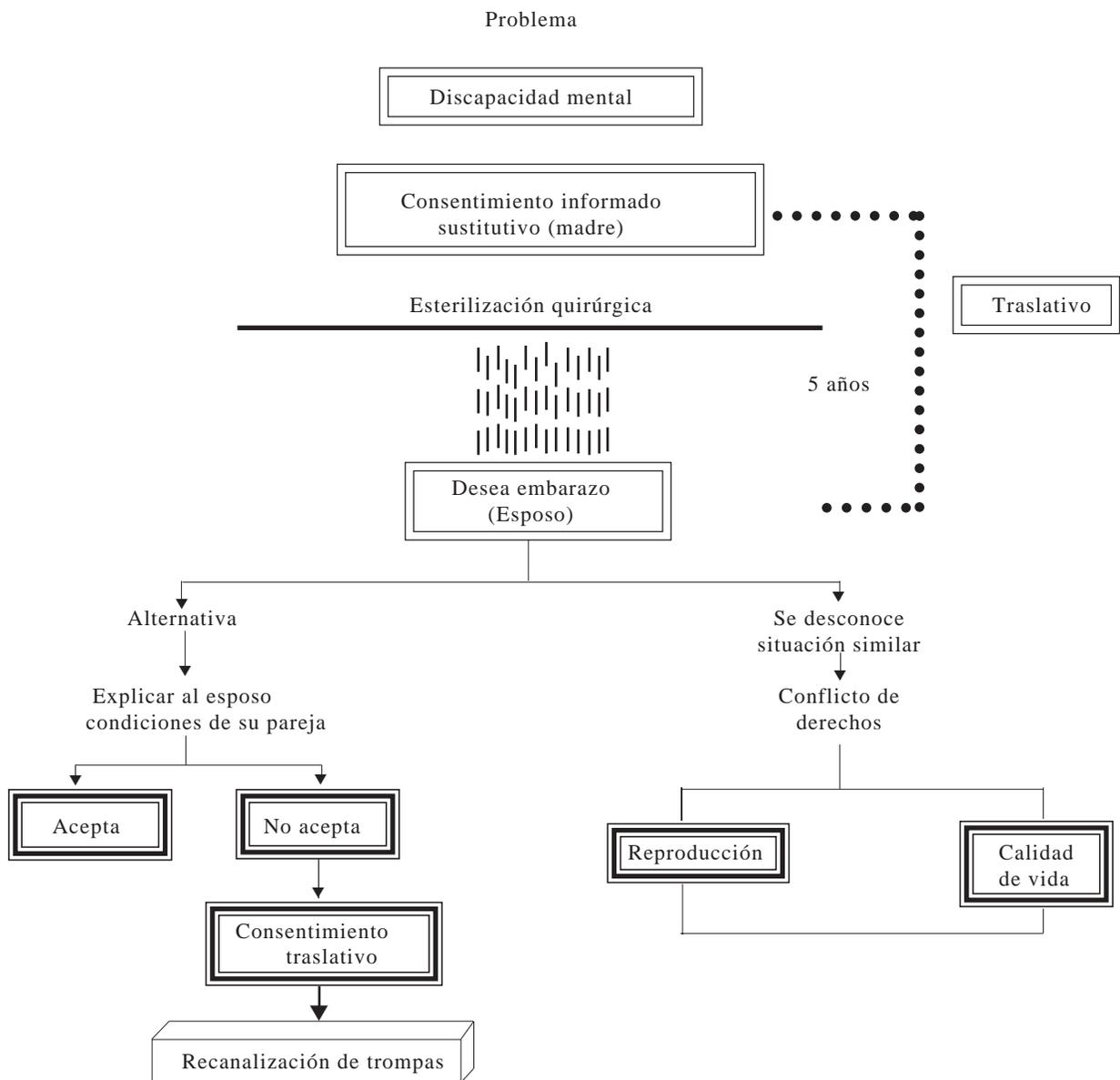
Se atiende parto eutócico; recién nacido masculino vivo en aparentes buenas condiciones generales.

Durante el puerperio inmediato, previa evaluación por el Servicio de Psiquiatría, su madre sugiere y consiente la esterilización quirúrgica por considerar a su hija incapaz de la manutención y/o cuidado de un niño, por lo que se realiza dicha intervención. Egresan tanto la madre como el niño, en aparentes buenas condiciones generales.

Análisis bioético

En esta primera fase el caso ilustra la consideración de las personas con discapacidades sobre todo desde el punto de vista mental y su asociación con familiares y el médico, quienes tienen que decidir entre el derecho a la reproducción y a la calidad de vida de la paciente, del niño y de la familia.

La madre de una adolescente de 17 años con un primer embarazo no deseado, asume la responsabilidad del control prenatal y la acompaña en la atención del parto hasta la obtención del recién nacido, ejerciendo el principio bioético de la santidad



de la vida. Sin embargo, solicita la esterilización quirúrgica como método para prevenir más eficientemente la posibilidad de otro embarazo, que sin lugar a dudas complicaría aún más la situación socioeconómica familiar. Presenta entonces un dilema bioético al cuestionar el derecho a la reproducción de su hija. Solicita la interconsulta con psiquiatría y servicio social, y plantea la incapacidad de poder ayudar a su hija a protegerse de un nuevo embarazo y demuestra que sería ella quien se encargaría de su nieto; ya que su hija no podría suministrar al niño el adecuado cuidado materno.

Al considerar que la paciente presenta trastornos mentales se acepta que no cumple con el requisito de poder entender de manera correcta la información sobre la intervención quirúrgica a que será sometida, por lo que al no cumplirse el basamento del consentimiento informado, éste no se puede establecer ya que se incumple con uno de sus preceptos o pilares fundamentales que están inmersos dentro del mismo concepto. La posibilidad de que el paciente concienta a voluntad el tratamiento porque entiende a cabalidad la importancia del mismo y el beneficio que obtendría de aceptarlo; la madre en calidad de tutora y representante legal, ejerce el consentimiento informado sustitutivo y solicita se le practique la esterilización quirúrgica.

Como expresa el Dr. Augusto León “Se insiste, antes de proceder a realizar tal intervención en alguien incapaz de suministrar el debido consentimiento, en discutir su indicación con los padres, el médico personal, los trabajadores sociales y con todos a quienes concierna el problema, dentro de la más estricta confidencia” (1).

El pronunciamiento del Juez Holmes en 1927, citado por el mismo autor, quien además era médico “tres generaciones de imbéciles son suficientes”, abrió la puerta para que durante varias décadas se realizara la esterilización quirúrgica compulsiva en los retardos mentales con muy poca protección contra abusos. Esta sentencia influyó en la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos, la cual autorizó la adopción de dicha práctica.

Podría entonces considerarse la alternativa de la esterilización quirúrgica, solicitada por la madre como razonable, ya que se consideró el principio de la calidad de vida por encima del derecho a la reproducción de una paciente, incapaz de poder decidir y de poder entender sobre los métodos anticonceptivos.

Perrin y col. (2) exponen entre otros criterios

para la esterilización quirúrgica en los retardos mentales: “La primera indicación concierne a la petición formulada de los padres exigiendo la esterilización quirúrgica por el temor a un posible embarazo; la estimación (obtenida de los padres), grado de dependencia y riesgo de embarazo”.

Segundo ingreso (1988)

Paciente femenina de 23 años de edad IG IP, quien acude a la Dirección del Hospital en compañía de quien dice ser su esposo, solicitando se le aplique tratamiento; ya que desea tener un hijo.

La pareja es atendida por el Servicio Social y Psiquiatría, y una vez informado debidamente al esposo de la condición de su cónyuge, concluye: “muy bien todo, pero yo quiero tener un hijo de mi loquita”.

La paciente ingresa el 23.12.1988, y se le practica recanalización tubárica, cuatro meses después se embaraza y tienen un recién nacido femenino, vivo.

Análisis bioético

Esta segunda parte, donde la paciente y su pareja solicitan se le reintegre su derecho a la reproducción, cuestiona el consentimiento informado sustitutivo ejercido por su madre en el ingreso anterior. Debe recordarse las cuatro condiciones que tiene que reunir el paciente para poder aplicar el consentimiento informado (3):

- Información suficiente.
- Comprensión adecuada de la información.
- Libertad para decidir según los propios valores.
- Capacidad para decidir.

¿Se cumplieron con la paciente estas condiciones?

Es innegable que el primer ingreso se ejerció el principio de la autonomía, donde se obtuvo un consentimiento informado sustitutivo en el cual la madre, recibió la información veraz suficiente, comprendió adecuadamente, solicitó la esterilización quirúrgica y al convertirse en la persona más capaz legalmente para decidir, se realizó la intervención. Sin embargo, un evento extraordinario, como es la presencia del esposo en su derecho de procrear, exige le faciliten lograr tener un hijo en su esposa cumpliendo él con las cuatro características para ejercer un consentimiento informado sustitutivo que ya había sido ejercido por la madre y que ahora, se traslada a él, inhabilitando a la antigua tutora, porque se encuentra afectado su derecho a tener un hijo en la mujer que a su voluntad había elegido para formar

una familia. Su expresión “pero yo quiero tener un hijo de mi loquita”, coloca en evidencia un nuevo concepto, una nueva concepción, que va más allá del consentimiento informado sustitutivo, porque es evidente que ya éste fue ejercido por la madre de la paciente trasladándose ahora al esposo quien decide ejercer este derecho, que proponemos denominar consentimiento informado traslativo.

DISCUSIÓN

Al definir la bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, a la luz de los valores morales y principios” (4), se constituye la bioética en la herramienta más apropiada para dar respuestas a los dilemas éticos derivados de los casos presentados en una misma paciente, pero que el tiempo y las circunstancias configuraron un nuevo orden para dar nuevas razones en la toma de las decisiones, siendo tan controversiales los eventos que nos imponen una nueva definición dentro del glosario de la bioética.

En este caso hay que considerar para su análisis, los cuatro principios morales que fundamentan a la bioética, 1. el principio de la autonomía que respeta la voluntad de los seres humanos; 2. el principio de la no maleficencia que es no dañar; 3. el principio de la beneficencia que es el de hacer bien a los demás y el 4. el de justicia que se definiría como distribución en donde cada quien obtenga lo que le corresponde.

El principio de autonomía tiene como norma moral la de no coartar la libertad y de respetar las decisiones y expresa la obligación de obtener un consentimiento informado válido. Cabe hacerse una pregunta ¿puede una madre decidir por una hija con problemas mentales, el número de hijos a tener?, la respuesta hace la realidad del concepto del consentimiento informado sustitutivo, expresado por Castillo Valery: “La moralidad humana tiene como fundamento el conocimiento acerca de lo que es pertinente o bueno realizar y de lo que es inconveniente o malo” (5).

Best (6), expresa, al analizar los aspectos de salud reproductiva en las personas con retardo mental que hay varios factores a considerar “la índole de la discapacidad, el entorno en el cual vive, su nivel de funcionamiento y su capacidad de entender las consecuencias de las decisiones de anticoncepción”.

Leavesly y Polter (7), exponen: “las mujeres que padecen discapacidades mentales, desean tanto tener relaciones como miembros de la población general

y, generalmente, su fertilidad no está afectada”.

Al tratarse de anticoncepción permanente los médicos deben estar al tanto de los requisitos legales relativos a la obtención del consentimiento informado, incluida la explicación de los beneficios, riesgos y las opciones para determinar si el paciente es capaz de entender la información.

Ante el evento de minusvalía para la toma de decisiones, se produce la sustitución del consentimiento informado, la madre opta por considerarse como tutor y decide solicitar al Servicio de Psiquiatría indicación para la esterilización quirúrgica con el objetivo de resolver un problema de orden social.

El principio de beneficencia ocurre tanto en la madre como en los médicos que inspirados en hacer un bien deciden esterilizar quirúrgicamente a la paciente. Se abre la incógnita ¿quién recibe el bien de la esterilización quirúrgica? ¿la paciente o la madre que opta por la decisión para evitarse ella el posible daño que recibiría con un nuevo embarazo de su hija? Vale la pena citar lo expresado por Gafo (8) “todos los hombres tenemos dignidad y no precio y que, por tanto, somos fines en nosotros mismos, y no medios para otras cosas, entonces habrá que concluir que en ciertos casos la ética nos obligará a anteponer el respeto debido a todos y cada uno de los hombres a la maximización de la utilidad o las consecuencias y que, por tanto, lo éticamente bueno puede no coincidir sin más con lo técnicamente correcto”.

La gran interrogante de esta primera parte del caso es si el consentimiento informado sustitutivo es verdaderamente seguro para determinar lo que ciertamente le ofrecerá la vida de la persona sujeta a lo consentido.

No obstante, existía un conjunto de elementos que procedieron a la acción instantánea de la esterilización quirúrgica como son: conocimiento, análisis, amor al semejante, respeto a su dignidad, conciencia de nuestras limitaciones y responsabilidad moral y humildad, entre otras.

En este caso no se afrontó el componente ético de la decisión a nivel consciente, por el hecho de que los temas morales, envueltos en el acto médico no plantearon conflicto de tipo ético, al existir un acuerdo, pero el esposo al reclamar, cinco años después, planteó un abanico interrogante y dilemas dentro de la dimensión ética; ya que su nueva petición, a pesar de la información dada, cuestiona y desautoriza el consentimiento sustitutivo ejercido por la madre y provoca un traslado, desde un consentimiento materno hasta el conyugal. El

consentimiento informado ha llegado a constituir una experiencia ética, y un derecho recientemente reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados. El consentimiento informado aparece como un nuevo ideal de autonomía y racionalidad; sirve para orientar los actos médicos. Es una forma distinta de entender el problema de... ¿quién toma las decisiones médicas? (9).

Para concluir, se propone el término consentimiento informado traslativo para aquellos casos de pacientes a los que se le aplica el consentimiento informado sustitutivo, ejercido por un tutor legal que traslada a otro tutor por adquirir la potestad de decidir, como en los casos de muerte del primer tutor, o por matrimonio o uniones de pareja, donde los derechos del cónyuge puedan ser afectados por decisión anterior.

Ambos consentimientos son válidos lo que se traslada es la capacidad de otorgarlo para poder respetar el mayor interés del paciente.

REFERENCIAS

1. León A. Derechos humanos y retardo mental: aspectos bioéticos. *Bol Hosp Universitario (Caracas)* 1984;(2):411-426.
2. Perrin J, Sands CR, Tinker DE, Domínguez B, Dingles T, Thomas M. A considered approach to sterilization of mentally retarded young. *Moral problems in medicine*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc. 1976.
3. Beauchamp TL, Faden RR. Informed consent: Meaning and elements of informed consent. *Encyclopedia of Bioethics*. Reich W.T. New York: Mac Millan Library; 1995(3):1238-1241.
4. Zúñiga Cisneros M. *La filosofía de un semiducto*. Madrid: Editorial Mediterráneo (EDIME); 1997.
5. Castillo Valery A. *Ética médica ante un enfermo grave; ética en medicina fundamentación*. Módulo 1 CENABI 1997.
6. Best K. Las discapacidades mentales influyen en el método. *Family Health Int* 1999;19(2):19-22.
7. Leavesley G, Polter J. Sexuality, fertility and contraception in disability. *Contraception* 1982;26(4):417-441.
8. Gafo J. El impacto de la demografía en la crisis médico ambiental. *Ética en medicina*. *Fundamentación* 1999;1:71-98.
9. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. OPS 1996;2:77-92.

“ Misoprostol y embarazo ”

“El misoprostol es una de las más importantes medicaciones en la práctica obstétrica, aun cuando su uso en la embarazada permanece sin aprobación por la Administración de Drogas y Alimentos. El uso no experimental, fuera de lo etiquetado, de la droga, requiere una sólida evidencia científica. Los datos de las pruebas clínicas suministran un fuerte y consistente soporte al uso de misoprostol como parte de los regímenes para el aborto médico del primer trimestre. Usado junto con la mifepristona o el metotrexato, el misoprostol es altamente eficaz para el aborto médico. Hay también evidencias fuertes y consistentes para apoyar el uso del misoprostol para

la maduración cervical antes del aborto quirúrgico del primer trimestre y para la inducción del trabajo en el segundo y tercer trimestre. El misoprostol puede también evitar la hemorragia posparto, cuando no se tenga medicación parenteral. Aun cuando no hay estimaciones publicadas de la extensión con la cual el misoprostol es actualmente usado en indicaciones obstétricas y ginecológicas, más de 200 estudios que abarcan un total de más de 16 000 mujeres han evaluado su efectividad en la embarazada, y los resultados apoyan la continuación de su uso. (Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. *N Engl J Med* 2001;344:38-47).