

Consentimiento informado y evaluación del paciente epiléptico con empleo de métodos invasivos

Lic. María Eugenia García Navarro¹

MSc. Elizabeth Fernández Martínez²

Dr. Juan Bender del Busto³

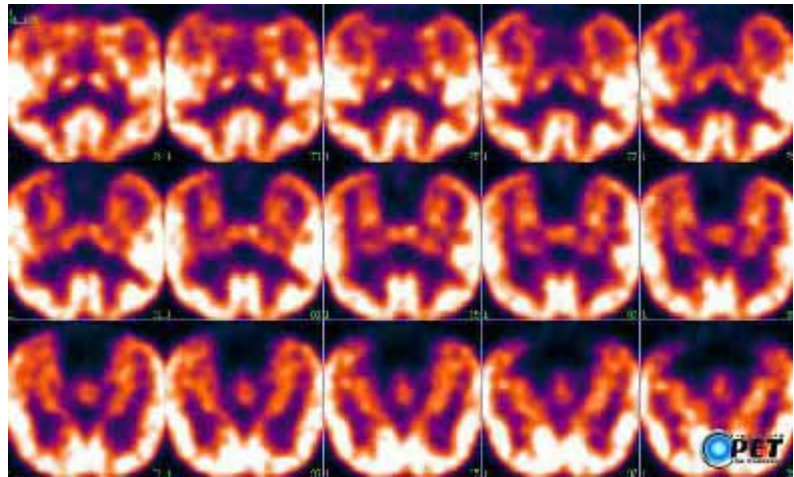
RESUMEN

La cirugía ha resultado una opción terapéutica para la población epiléptica resistente al tratamiento farmacológico. La epilepsia temporal mesial constituye un síndrome remediable quirúrgicamente. A los pacientes candidatos a cirugía se les realiza una evaluación prequirúrgica que incluye métodos invasivos. Dentro de éstos ocupa un importante lugar el test de Wada, utilizado con el objetivo de determinar el hemisferio dominante para el lenguaje y de esta forma prever posibles secuelas en esta función, asociadas a la cirugía. Este proceder, aunque útil, resulta un método invasivo y por lo tanto, relacionado con riesgo de complicaciones. Debido a esto, como parte de la relación médico-paciente, resulta de particular importancia la práctica del Consentimiento Informado, posterior a la información al paciente, por parte del médico, de las ventajas y desventajas del proceder propuesto, garantizando de esta forma el ejercicio de la autonomía y por ende, el respeto a la toma de decisiones del paciente.

Palabras clave: Consentimiento Informado, método invasivo, epilepsia, Test de Wada.

INTRODUCCIÓN

El Código de Nüremberg, dictado en 1947, resalta la necesidad del "Consentimiento Informado" del paciente en la realización de cualquier investigación o práctica médica. A los principios de beneficencia y no-maleficencia, contenidos desde la antigüedad en el juramento Hipocrático, se le añade a partir de ese momento el de la autonomía del paciente, como principio irrecusable de la práctica médica, el cual ocupa un lugar destacado dentro de la Bioética, término propuesto entre 1970 y 1971 por el oncólogo norteamericano V. R. Potter, que es definido como *"el estudio sistemático en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en la medida que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales"*. Constituye una disciplina de origen reciente y rápido desarrollo, a instancias del progreso biomédico y la participación del público en las decisiones terapéuticas⁽¹⁾.



La autonomía requiere de la conjunción de tres elementos: competencia, información y libertad. El ejercicio de la autonomía —decidir por sí mismo— requiere la capacidad para elaborar juicios y razonar; distinguir lo bueno de lo malo y lo conveniente de lo que no lo es.

En las situaciones clínicas, el consentimiento informado es el instrumento a través del cual es ejercido el principio de la autonomía; constituye un acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar⁽²⁾.

Se considera un proceso gradual en la relación médico-paciente. Para que sea válido, debe ser informado, comprendido, competente y voluntario. El consentimiento es siempre verbal; el documento firmado es sólo la prueba documental, que garantiza que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico o especialista y adecuadamente recibida y comprendida por el paciente.

El principal objetivo del Consentimiento es ofrecerle al paciente una información comprensible y relevante, que le permita participar en la toma de decisiones. Constituye un requisito inexcusable para cualquier práctica médica y, por supuesto, deberá ser emitido de forma escrita, previamente a la realización de la práctica en cuestión, para crear la documentación que acredite la voluntariedad de los participantes en las decisiones tomadas, no admitiéndose el consentimiento presunto o tácito⁽³⁾.

Nuestro trabajo tiene como objetivo destacar la utilización del consentimiento informado como paso inviolable para la utilización de métodos invasivos (Test de Wada) en la exploración del paciente epiléptico candidato a cirugía.

DESARROLLO

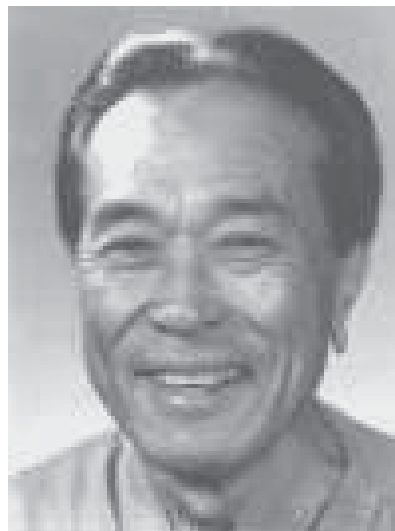
Dentro de los trastornos de origen neurológico, la epilepsia es considerada uno de los de mayor prevalencia en la población. Se define como un trastorno del sistema nervioso central (SNC), debido presumiblemente a una descarga súbita, desordenada, excesiva, mantenida y sincrónica de un grupo de neuronas ⁽⁴⁾, apareciendo también como un trastorno crónico, caracterizado por convulsiones recurrentes ⁽⁵⁾.

El tratamiento para esta enfermedad, a lo largo de la historia, ha sido farmacológico, de forma predominante; sin embargo, sólo un 70% de los pacientes epilépticos resultan beneficiados con el mismo. Para el porcentaje que responde de forma inadecuada al tratamiento con drogas, una opción resulta ser la intervención quirúrgica. El prototipo de síndrome remediable quirúrgicamente lo constituye la epilepsia del lóbulo temporal mesial.

El objetivo de la cirugía es la remoción del sitio de origen de las descargas comiciales, acompañado o no de la resección de lesiones epilépticas ⁽⁶⁾. Debido a esto, es necesario un estudio previo del paciente, el cual es realizado por varias especialidades, teniendo como meta la zona epileptógena.

Un papel importante en este estudio lo desempeña la evaluación neuropsicológica. En la misma, adquiere una alta relevancia la determinación de la dominancia cerebral del lenguaje, debido a la relación que tiene esta función con las estructuras temporales, en las cuales se ubica, en este tipo de epilepsia, la zona epileptógena. El desarrollo de alteraciones del lenguaje constituye, a partir del planteamiento anterior, un posible riesgo si el abordaje quirúrgico es realizado sobre el hemisferio que resulta dominante para el lenguaje, siendo por tanto imprescindible conocer, previo a la realización de la cirugía, cuál es el hemisferio dominante para el lenguaje y así poder prever la ocurrencia de las secuelas señaladas.

Para cumplir este objetivo, resulta necesaria la utilización del conocido Test de Wada o del amobarbital. Esta técnica fue introducida en Norteamérica a finales de los años 50 por Juhn Wada ⁽⁷⁾. Es un proceder invasivo que consiste en la inactivación de un hemisferio, a partir de la inyección de amital sódico a través de la carótida interna, por cateterización transfemoral, inactivando de forma transitoria el territorio cerebral profundizado. El efecto tiene una duración breve, aproximadamente de 6 a 8 minutos ⁽⁸⁾, en dependencia de la dosis utilizada ⁽⁹⁾ y de diferencias individuales ⁽¹⁰⁾. Durante este periodo, el paciente lleva a cabo diferentes tareas de lenguaje, las cuales son realizadas



Test de Wada o del amobarbital. Esta técnica fue introducida en Norteamérica a finales de los años 50 por Juhn Wada.

con el hemisferio que permanece activo.

Las tareas a realizar durante el test, incluyen conteo, nombrar días de la semana, tareas de comprensión, repetir palabras y oraciones, deletrear palabras y nominar objetos ⁽¹¹⁾. Se plantea que la dominancia para el lenguaje no debe ser evaluada sólo con tareas simples o de un solo tipo, debido a que se han observado diferentes patrones de afectación ⁽¹¹⁾, según la representación bilateral o no del lenguaje. La realización del test implica la realización de un angiograma previo, con el objetivo de evaluar la existencia de anomalías vasculares y predecir la distribución de la droga.

A pesar de las posibilidades que ofrece esta técnica, se señalan varias desventajas, entre las que sobresale la invasividad. El proceder en sí, implica un riesgo, aunque en manos de un especialista experto las complicaciones son relativamente bajas. La angiografía transfemoral aparece asociada con complicaciones que incluyen tromboembolismo e infarto (0,5 a 1%), reacciones alérgicas al contraste (1/40 000) y complicaciones relacionadas con la punción femoral ⁽¹²⁾.

Debido al carácter invasivo del Test de Wada y a la posibilidad de complicaciones ya mencionadas, resulta imprescindible obtener el consentimiento del paciente una vez que se haya explicado el proceder por parte del especialista responsable de ejecutarlo, conjuntamente con los riesgos y ventajas del mismo.

CONCLUSIONES

La solicitud del consentimiento informado es una obligación moral para el médico, pues la relación médico-paciente debe basarse en la confianza mutua y en la aplicación de los prin-



cipios de no-maleficencia, beneficencia y autonomía del paciente.

El médico tiene la obligación de ofrecer al paciente el mejor tratamiento, de acuerdo a las condiciones personales del mismo, reconociendo además su autonomía para aceptar o denegar su permiso para la realización de los estudios y el tratamiento propuesto.

El consentimiento adquiere relevancia crucial en la evaluación preoperatoria de los pacientes epilépticos; el enfermo tiene derecho a la toma de decisión, apoyado en la información necesaria y relevante que el médico le brinda de forma comprensible. La información es un paso previo al consentimiento y éste se vuelve imposible sin ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mainetti, J.A. Bioética sistemática. Ed. Quirón, 1991 pp 15-47
2. Manrique, J.L. Consentimiento Informado. Disponible en: www.comité.bioetica.org/biblio3.htm. Acceso el 29 de abril de 2003.
3. Morales Chacón, L.M. Cirugía de la epilepsia. Consideraciones éticas acerca del consentimiento informado y la calidad de vida. Rev. Mex. Neuroci. 2002;3 (2)
4. Adams R.D. y Victor M. (eds) Principles of Neurology. 5th Ed. International Ed. 1993 pp 273-299
5. Porter R.J. Epilepsy: Prevalence, classification, diagnosis and prognosis. In: Neurosurgical aspects of epilepsy. Apuzzo, M.L. Ed. 1991 pp17-26
6. Yáñez-Lermenda A. Cirugía de la epilepsia. Actualización y conceptos básicos. Rev. Neurol. 19 (4) 1994
7. Wada J. Rasmussen T. Intracarotid injection of sodium amytal for the lateralization of cerebral speech dominance: Experimental and clinical observations. J. Neurosurg. 17: 226-282, 1960
8. Ravdin L. Perrine K. Haywood C. et al. Serial recovery of language during the intracarotid amobarbital procedure. Brain & Cognition 33 (2): 151-160, 1997
9. Jones-Gotman M. Intracarotid amobarbital testing in presurgical evaluation of patients with epilepsy. Rev. Neuropsychol. 7 (2): 171-184, 1997
10. Helmstaedter C. Kurthen M. Linke D. Elger C. Patterns of language dominance in focal left and right hemisphere epilepsies. Brain & Cognition 33 (2): 135-150, 1997
11. Jones M. Smith M. L. Wieser H.G. Intra-arterial amobarbital procedures In: Epilepsy: a comprehensive textbook. Ed. Raven Press, 1986.
12. Pilcher W. H. Roberts D. W. Flanigin H. F. et al. Complications of epilepsy surgery In: J. Engel Jr. Ed: Surgical treatment of the epilepsies, 2nd Ed. Raven Press, New York 1993 pp 565-581

¹ Licenciada en Psicología, Departamento de Neuropsicología. Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), Ciudad de La Habana.

² Máster en Ciencias en Psicología de la salud. Departamento de Neuropsicología. Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), Ciudad de La Habana.

³ Médico especialista en neurología, Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), Ciudad de La Habana. e-mail: eugenia@neuro.ciren.cu