

Tratamiento del ACV isquémico agudo ¿Quién consiente cuando el paciente no puede?

El ACV isquémico (ACVi) es la primera causa de discapacidad del adulto a nivel mundial¹ y una de las principales causas de mortalidad^{2,3}. Dos estrategias terapéuticas en el periodo agudo, la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica, han demostrado disminuir en forma significativa la discapacidad y, en ocasiones, la mortalidad⁴⁻⁸. Sin embargo, las mismas no están exentas de riesgos importantes. Ambas terapéuticas presentan estrictos criterios de inclusión/exclusión, son tiempo-dependientes y es práctica cotidiana requerir consentimiento informado previo a su implementación⁹.

El escenario ideal en cualquier toma de consentimiento es el paciente consciente, sin trastorno en la comprensión que pueda consentir sobre las acciones que se tomarán sobre su cuerpo luego de ser informado en forma clara, precisa y acorde a su nivel educativo. Sin embargo, en ocasiones el paciente está afásico, anosognósico, inconsciente e inclusive solo. ¿Cuáles son los pasos por seguir?, ¿Quién debe tomar la decisión? ¿Existe legislación en Argentina que guíe nuestra práctica médica en estos escenarios?

En relación con este complejo escenario, la Academia Americana de Neurología ha fijado recientemente su posición sugiriendo seguir directivas anticipadas y ante la ausencia de éstas, que un sustituto tome las decisiones siguiendo lo que el paciente querría y, en aquellas situaciones en las no se cuente con ninguna de las anteriores, que el médico apele a la presunción de consentimiento, es decir, lo que una persona consentiría si se le pudiera preguntar. Esta declaración manifiesta que, habiendo en el ACV isquémico, tratamientos altamente efectivos, como la trombólisis intravenosa, los neurólogos pueden proceder con el tratamiento bajo la presunción de consentimiento. Estas recomendaciones son algo más precavidas con la indicación de trombectomía mecánica, sugiriendo un fino balance de riesgos y beneficios y un estricto seguimiento de los criterios de inclusión y exclusión de las guías de práctica clínica¹⁰.

En nuestro país, la Ley 26.529 establece que ante el supuesto de imposibilidad del paciente de consentir, las siguientes personas son capaces de brindar consentimiento en su lugar: el cónyuge no divorciado conviviente, la persona que sin ser su cónyuge conviva en relación de tipo conyugal, los hijos mayores de 18 años, padres, nietos mayores de 18 años, abuelos, cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive, cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive, el representante legal, tutor o curador¹¹.

Sin embargo, el paciente puede ser asistido en soledad y el médico debe decidir en contexto de situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente. En nuestra opinión, en estos casos se debe apelar a la experiencia médica y a los criterios clínicos. Este fenómeno ha sido ampliamente estudiado en las salas de emergencias, donde el médico debe decidir en forma rápida sobre enfermedades que amenazan la vida del paciente, entre ellas se destacan el ACV isquémico, el infarto agudo de miocardio y el politraumatismo¹². En Europa se crearon las Recomendaciones sobre Consentimiento Informado para los Departamentos de Emergencias, donde se establece que ante estas situaciones el consentimiento está "implícito en la ley", es decir se presume de que una persona razonable aceptaría dicha intervención para salvar su vida¹³. Existiendo en la actualidad tratamientos

de reperusión con alto nivel de evidencia, además de considerar el lema *primum non nocere* es nuestro deber otorgar beneficencia, a expensas de sacrificar de algún modo y en los casos arriba mencionados, el principio de autonomía¹⁴. Incluso en ocasiones aparece como válido el considerar que en realidad se necesitaría consentimiento para no dar estos tratamientos altamente efectivos, a diferencia del enfoque actual.

En conclusión, la imposibilidad de dar consentimiento es un tópico de amplio debate mundial desde el punto de vista ético y legal^{9, 14, 15}. En nuestro país, la legislación sobre excepciones al consentimiento informado, si bien no taxativa, parece contemplar el escenario del paciente con ACV isquémico agudo que no puede dar consentimiento. En la ley se exige al profesional de la salud de requerir el consentimiento "...Cuando mediere una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales..."¹¹.

Julieta S. Rosales, Sebastián F. Ameriso

Servicio de Neurología Vasculár, Departamento de Neurología, FLENI, Buenos Aires, Argentina
e-mails: jrosales@fleni.org.ar ; sameriso@fleni.org.ar

- Durai Pandian J, Padma V, Vijaya P, Sylaja PN, Murthy JM. Stroke and thrombolysis in developing countries. *Int J Stroke* 2007; 2: 17-26.
- O'Brien JT, Thomas A. Vascular dementia. *Lancet* 2015; 386: 1698-706.
- Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 137: 67-492.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-87.
- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E. et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008; 359: 1317-29
- Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet* 2016; 387: 1723-31.
- Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct. *N Engl J Med* 2018; 378: 11-21.
- Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med* 2018; 378: 708-18.
- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019; 50: 344-418.
- Sattin JA, Chiong W, Bonnie RJ, Kirschen MP, Russell JA. Ethics, Law, and Humanities Committee, a joint committee of the American Academy of Neurology, American Neurological Association, and Child Neurology Society. Consent Issues in the Management of Acute Ischemic Stroke: AAN Position Statement. *Neurology* 2022; 98: 73-9.
- Ley 26.529. Honorable Congreso de la Nación Argentina. En: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859>; consultado abril 2022.
- J C Moskop. Informed consent in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17: 327-40.
- Recommendations on Informed Consent for European Emergency Departments. En: https://eusem.org/images/Patient_Informed_Consent_in_the_ED-FINAL.pdf; consultado abril 2022.
- Kenneth V Iserson. Ethical principles-emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24:513-45.
- Amber R Comer, Teresa M Damush, Alexia M Torke, Linda S Williams. The Role of Informed Consent for Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke. *J Clin Ethics* 2019; 30: 338-46.