

PERCEPCIÓN DE PACIENTES SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CAMPO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

PATIENT'S PERCEPTION OF INFORMED CONSENT IN THE FIELD OF ASSISTED HUMAN REPRODUCTION

PERCEPÇÃO DOS PACIENTES SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO NO CAMPO DA REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

Antonio Cabrera-Cabrera¹

Martha Tarasco Michel²

Manuel Ramos-Kuri³

RESUMEN

En la reproducción humana asistida (RHA), el consentimiento informado (CI) enfrenta un dilema entre ocultar algunos riesgos para tranquilizar a la pareja o dar información completa, indispensable para todo CI válido. Se realizaron cuatro preguntas sobre CI a 234 parejas sometidas a RHA. La encuesta detectó diversas carencias: ausencia de carta de CI en un 16 % de parejas, a un 25 % de ellas no les advirtieron sobre la posible hiperestimulación ovárica o de embarazo múltiple, y al 40 % no les informaron del posible incremento de enfermedad congénita. Además de la detección de estas deficiencias, el estudio analiza la importancia de realizar un CI integral, que debe incluir, entre otros aspectos, la educación del paciente en técnicas complejas, así como la información completa de riesgos.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS): Consentimiento informado; dilemas éticos; ética médica; percepción del paciente; indicios perceptivos; reproducción humana asistida; tecnologías de reproducción asistida; comunicación de riesgos.

DOI: 10.5294/pebi.2024.28.2.2

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Cabrera-Cabrera A, Tarasco M, Ramos-Kuri M. Percepción de pacientes sobre consentimiento informado en el campo de la reproducción humana asistida. *Pers Bioet.* 2024;28(2):e2822. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2024.28.2.2>

- 1 <https://orcid.org/0000-0002-3958-9727>. Universidad Anáhuac, México. acabrera@anahuac.mx
- 2 <https://orcid.org/0000-0001-7312-9970>. Universidad Anáhuac, México. mtarasco@anahuac.mx
- 3 <https://orcid.org/0000-0003-4779-7291>. Instituto de Genómica de Querétaro, México. mramosk@yahoo.com.mx

RECEPCIÓN: 13/03/2024

ENVÍO A PARES: 25/03/2024

APROBACIÓN POR PARES: 10/09/2024

ACEPTACIÓN: 10/09/2024

ABSTRACT

In assisted human reproduction (AHR), informed consent (IC) has a dilemma between hiding some risks to reassure the couple or giving complete information, which is essential for any valid IC. Four questions about IQ were asked to 234 couples undergoing RHA. The survey detected various deficiencies: absence of IC letter in 16 % of couples; 25 % of them were not warned of possible ovarian hyperstimulation or multiple pregnancy, and 40 % were not informed of the possible increase in congenital disease. The present study detected these deficiencies; but more significant, the study analyzes the importance of carrying out a comprehensive CI, which must include, among other aspects, patient education in complex techniques, as well as complete risk information.

KEYWORDS (SOURCE: DeCS): Informed consent; ethical dilemmas; medical ethics; cues; assisted reproductive technologies; risk communication.

RESUMO

Na reprodução humana assistida (RHA), o consentimento informado (CI) enfrenta um dilema entre ocultar alguns riscos para tranquilizar o casal ou fornecer informações completas, indispensáveis para qualquer CI válido. Foram realizadas quatro perguntas sobre CI a 234 casais submetidos a RHA. A pesquisa detectou diversas lacunas: ausência de carta de CI em 16 % dos casais, 25 % não foram advertidos sobre a possível hiperestimulação ovariana ou gravidez múltipla, e 40 % não foram informados sobre o possível aumento de doenças congênitas. Além de identificar essas deficiências, o estudo analisa a importância de realizar um CI integral, que deve incluir, entre outros aspectos, a educação do paciente em técnicas complexas, bem como informações completas sobre os riscos.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DeCS): Consentimento informado; dilemas éticos; ética médica; sinais; tecnologias de reprodução assistida; comunicação de riscos.

INTRODUCCIÓN¹

Aunque en la actualidad las técnicas de reproducción humana asistida (RHA) son una práctica común, aún tienen múltiples aspectos éticos por resolver. Uno de ellos es el referente al consentimiento informado (CI), que resulta ser un proceso difícil tanto por la complejidad de sus técnicas como por la comunicación de sus riesgos (1). De hecho, un especialista en RHA lo definió como uno de los problemas éticos más complejos a los que la medicina se haya enfrentado (2).

La comunicación de riesgos es una de las tareas más delicadas que enfrenta la práctica clínica diaria en toda especialidad (2, 3); un buen CI debe explicar la naturaleza y el objeto del tratamiento propuesto, así como sus límites, beneficios, riesgos y consecuencias (2). La complejidad del CI requiere que el especialista lo vea como un proceso educativo y no como un mero trámite administrativo.

Sin embargo, algunos especialistas en RHA prefieren no mencionar todos los riesgos, con el argumento de que el conocimiento de estos incrementa el estrés que las parejas enfrentan de por sí dada su condición de infertilidad (1, 4). Esto crea un dilema entre ofrecer una información completa, indicando todos los posibles efectos nocivos, o mencionar solo algunos de estos para disminuir el estrés a los pacientes. El dilema es complejo y se ha comparado con una “navegación en aguas turbulentas” (2).

El primer aspecto que dificulta el CI es el largo y complicado proceso médico por el que atraviesan las parejas bajo tratamiento, la intensidad con que experimentan diversas sensaciones y su gran ilusión por tener un hijo (5). Pero lo más complicado es abordar los posibles efectos indeseables de estas técnicas. Existe consenso sobre los mayores riesgos de algunos de ellos, como son el embarazo múltiple, el nacimiento pretérmino, el bajo peso al nacimiento y la hiperestimulación ovárica (6, 7). Sin embargo, no existe consenso en cuanto al incremento de enfermedad congénita, aunque hay múltiples estudios que lo detectan, además de demostrar que tampoco es secundario al embarazo gemelar, ni a la edad materna, factores a los que se les suele achacar este incremento (8, 9). Al respecto, la Dra. M. Hansen realizó un metaanálisis en el cual encontró que 35 de los 45 estudios hasta entonces publicados reportaron incremento de enfermedad congénita en el uso de técnicas de alta complejidad, además de 32 % de incremento de enfermedad congénita en general y hasta 41 % de enfermedad congénita mayor (8).

En cuanto a enfermedades a largo plazo secundarias a la RHA, el metaanálisis de Bergh encontró incremento ligero, pero estadísticamente significativo, de algunas enfermedades como parálisis cerebral, déficit de atención, autismo y malformación cardíaca (10). En el caso de bebés nacidos de embriones criopreservados, Bergh también encontró incremento en el índice de diabetes tipo 1 y algunos tipos de cáncer (10).

De los efectos secundarios sobre la mujer, es interesante mencionar que Robert Edwards, inventor de la técnica de fertilización *in vitro* (FIV), en una de sus últimas conferencias criticaba el poco avance en las técnicas de RHA. Concretamente dijo: “Una nueva fase de la

1 En el presente artículo se emplearán las siguientes abreviaturas: CI: consentimiento informado; RHA: reproducción humana asistida; FIV: fertilización *in vitro*; ICSI: inyección intracitoplásmica de espermia; IA: inseminación asistida; Red LARA: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

concepción humana asistida se abre con la comprensión de que los métodos actualmente en uso para estimular el crecimiento folicular y la ovulación son demasiado extremos y demasiado costosos” (11). El principal riesgo materno es la hipertrofia ovárica, que puede producir insuficiencia renal, a veces requiere terapia intensiva, e inclusive hay casos reportados de muerte materna (6). En principio, la misma Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Red LARA) tiene disponibles varios formularios de CI que mencionan estos riesgos (12), aunque se ha criticado que manejan un lenguaje poco accesible para los pacientes (4).

Objetivo. El presente trabajo hace un análisis del CI a partir de una encuesta realizada a 234 parejas mexicanas que se sometieron a alguna técnica de RHA, compuesta por cuatro preguntas sobre CI: 1) si recibieron carta de CI, y si les advirtieron de sus principales riesgos: 2) hiperestimulación ovárica, 3) embarazo múltiple y 4) malformación congénita. La encuesta encontró algunas carencias de información en el CI, y se discuten algunos aspectos éticos y ventajas de aportar un CI veraz a estas parejas.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, con un diseño observacional, transeccional, descriptivo y correlacional, entre parejas mexicanas que han acudido a clínicas de RHA, con un enfoque cuantitativo (14). Es importante resaltar que dentro de la literatura de los últimos 20 años no se encontró en los metabuscadores [PubMed, Cochrane] ningún otro reporte que estudie la información otorgada a los pacientes sometidos a técnicas de alta y baja complejidad, de modo que el presente trabajo es el primero que aborda este aspecto.

Población y muestra de estudio. El criterio de inclusión fueron parejas que se hubieran sometido a alguna o varias de las técnicas de RHA. De las 565 parejas encuestadas, solo se incluyeron 234 (N total = 234), las cuales se dividieron en tres grupos, dependiendo del tipo de tratamiento recibido: grupo 1: parejas tratadas solo con inseminación asistida (IA) (n = 107). Grupo 2: parejas que recurrieron inicialmente a la IA y posteriormente a una o varias técnicas de RHA de alta complejidad, como son la FIV y la ICSI (inyección intracitoplásmica de espermatozoides) (n = 85). Grupo 3: parejas que solo se sometieron a las técnicas de alta complejidad (n = 42).

Descripción del cuestionario. La encuesta inicial cuenta con 56 reactivos sobre diversos aspectos de RHA en una población de 565 parejas con problema de infertilidad y que han acudido a algún especialista. El estudio completo se reportó y está disponible en la red (14). Entre estos reactivos, el presente trabajo analiza las cuatro preguntas sobre CI: la primera con una respuesta dicotómica: si recibieron o no carta de CI. Otras tres preguntas indagan sobre si les informaron de los principales riesgos de la técnica: síndrome de hiperestimulación ovárica, embarazo múltiple y enfermedad congénita del embrión. Las respuestas de estas tres preguntas fueron tipo Likert: a) recibí información completa por escrito y por el médico; b) el médico me informó en persona; c) había poca información en la carta de consentimiento; d) me informaron muy poco; e) nunca recibí esta información. A fin de facilitar la interpretación de estas respuestas, en las figuras 2, 3 y 4 *infra* se suman las respuestas a) y b) y se grafican como información completa, mientras que las respuestas c) y d) se suman y grafican como información escasa. El principal criterio de inclusión fue el hecho de que la pareja hubiera participado de

alguna de las técnicas de RHA, lo que sumó un total de 234 parejas. Por otro lado, se excluyeron 331 parejas que recibieron consulta médica por algún problema de infertilidad y que respondieron el cuestionario, pero que no se sometieron a procedimientos de RHA.

Los 56 reactivos de la encuesta original incluyen preguntas tanto de los datos generales de los pacientes como de otros aspectos relacionados con el proceso que cursaron: si les informaron las posibilidades de éxito, o sobre las sensaciones y sentimientos subjetivos durante el procedimiento, entre otras preguntas. Algunas de estas se han analizado en publicaciones previas (5, 13), pero los aspectos aquí estudiados son inéditos.

Análisis estadístico. Se trató de una muestra de tipo no probabilística, y al mismo tiempo dirigida, para asegurar la representatividad de diversas entidades mexicanas (14). Para su análisis estadístico se creó una matriz de datos con el *software* SPSS (Statistical Package for Social Sciences) de IBM. El análisis de confiabilidad para los reactivos tipo Likert alcanzaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,924 de las preguntas sobre los efectos colaterales. Estos resultados previos mostraron que el instrumento es confiable (14). Finalmente, dado que los grupos 2 y 3 tuvieron tratamientos muy parecidos (grupo 2, tanto IA como técnicas complejas; grupo 3, solo técnicas complejas), se promediaron los porcentajes de ambos grupos, se obtuvo su desviación estándar y se graficaron.

Consideraciones éticas. Para realizar la investigación en seres humanos se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki. El cuestionario fue sometido al Comité de Investigación y Bioética de la Universidad Anáhuac.

El estudio obtuvo el consentimiento informado de las parejas, por medio de una carta introductoria donde se expusieron los objetivos del estudio, el carácter anónimo de las entrevistas y se solicitó su consentimiento para participar y publicar los datos.

RESULTADOS

En las figuras 1-4 se evidencian los resultados de la encuesta.

La encuesta realizada a 234 parejas fue respondida en un 77,6 % por mujeres y en un 22,4 % por hombres. Los encuestados promediaban una edad de 37,4 años para las mujeres y de 39,9 años para los hombres. Cada pregunta se analiza de manera independiente en las figuras 1 a 4. *Firma de carta de CI.* Acerca de la presencia de la carta de CI, la encuesta encontró que un 73,4 % de las parejas sometidas a técnicas de alta complejidad (FIV/ICSI) sí recibieron carta de CI (figura 1.A), pero un 15 % no recuerda haber firmado carta. En cuanto a las parejas que recurrieron a IA, solo una de cada 10 parejas (11,6 %) la recibieron (figura 1.B).

Información sobre posibles efectos nocivos. Las figuras 2, 3 y 4 analizan las preguntas sobre la información de riesgos: hiperestimulación ovárica, embarazo múltiple y enfermedad congénita.

Sobre la posible hiperestimulación ovárica (figura 2), el 49 % de las parejas sometidas a IA y el 60 % de parejas en técnicas de alta complejidad afirmaron haber recibido información amplia al respecto, ya sea directamente del médico o en la carta de CI. Sin embargo, 33 % (IA) y 25 % (FIV/ICSI) de los pacientes no recuerdan haber recibido información sobre este posible problema.

Figura 1. Presencia de la carta de CI

Figura 1.A

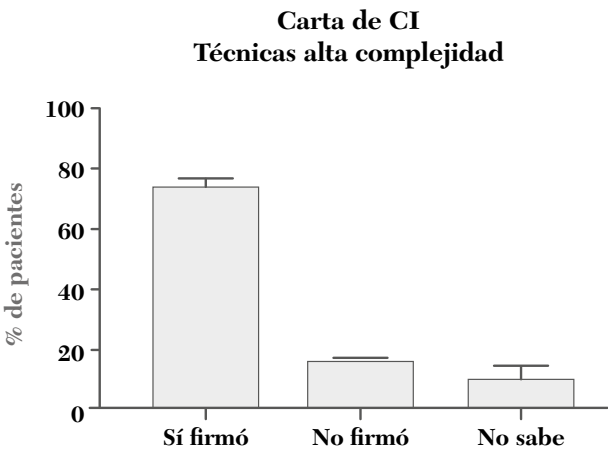
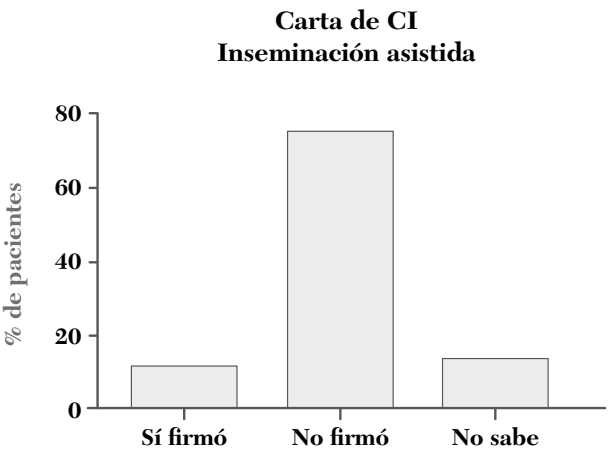


Figura 1.B



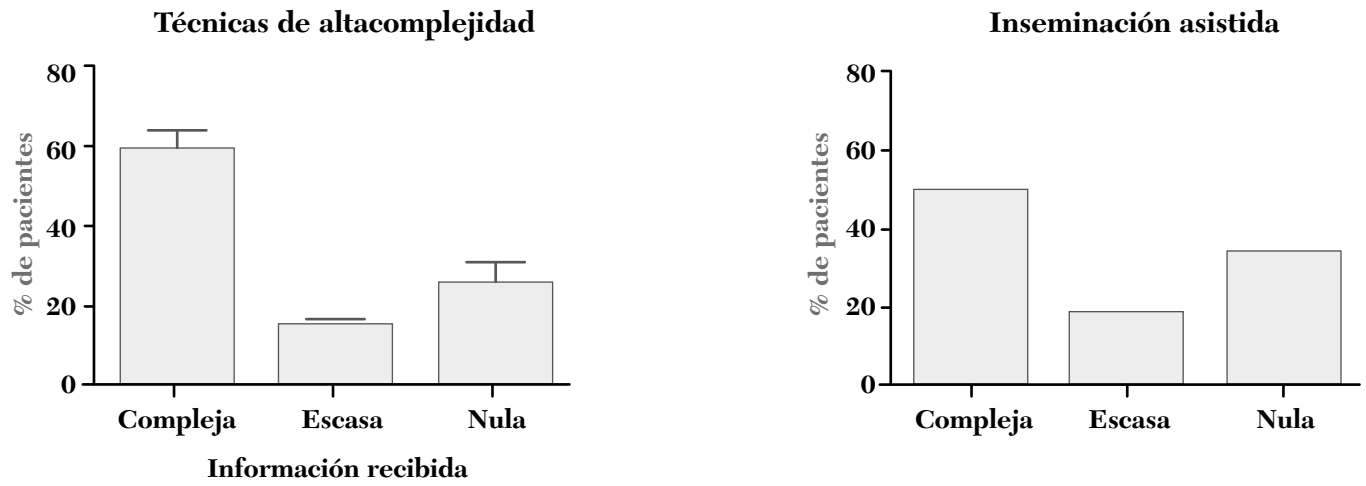
Nota: La gráfica se realizó con los mismos datos de la tabla 1, al igual que las figuras 2, 3 y 4 se elaboraron con los datos de su tabla correspondiente. Como se mencionó en la sección “Métodos”, los porcentajes de respuestas de los grupos 2 y 3 se promediaron y se obtuvo su desviación estándar (pues ambos grupos se sometieron a técnicas de alta complejidad, pero el grupo 2 también se sometió a IA). Este análisis se siguió también para las figuras 2, 3 y 4.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Presencia de la carta de CI

¿Se firmó carta de consentimiento informado?	Sí	No	No sé	N
Grupo 1. Solo IA.	11,6%	75,0%	13,4%	112
Grupo 2. Inseminación asistida (IA) más FIV, ICSI o GIFT.	77,0%	17,2%	5,7%	87
Grupo 3. Solo FIV y/o ICSI.	70,7%	14,6%	14,6%	41

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Información sobre riesgo de hiperestimulación ovárica

Nota: La encuesta encontró falta de información a las parejas acerca de la hiperestimulación ovárica en los tres grupos, y en diferentes porcentajes, según se observa en la figura y en la tabla 2.

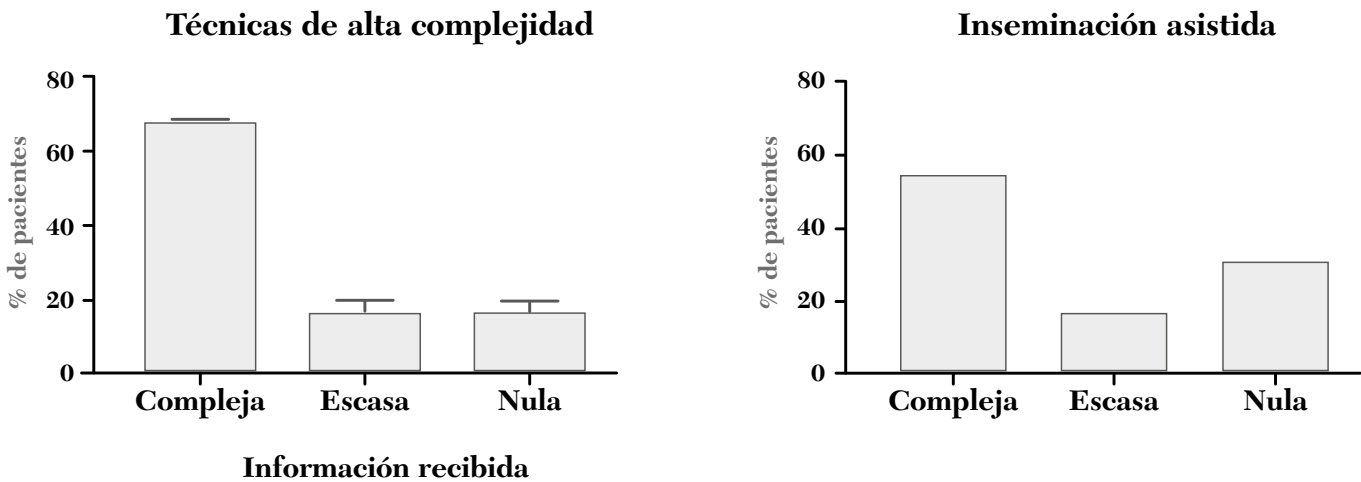
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Información sobre riesgo de hiperestimulación ovárica

Información recibida	Completa	Escasa	Nula	N
Grupo 1. Solo IA.	49 %	17,9%	33,0%	106
Grupo 2. IA / más FIV-ICSI.	63,9%	16,3%	19,8%	86
Grupo 3. Solo FIV y/o ICSI.	54,8%	14,1 %	31,0%	42

Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Riesgo de embarazo múltiple



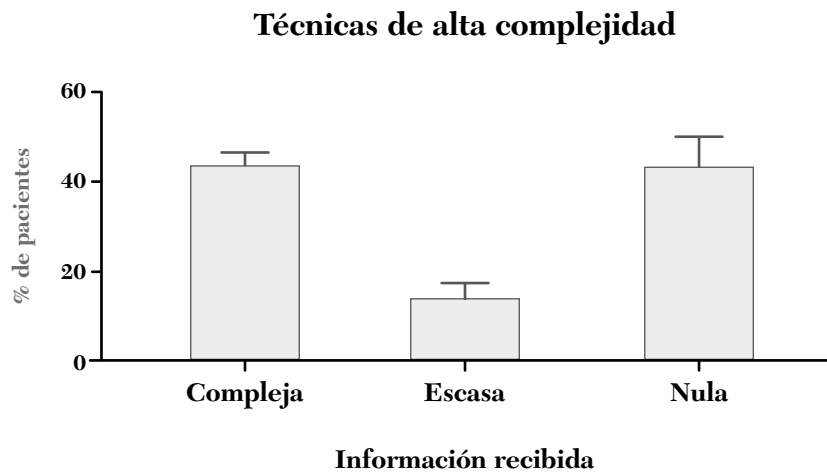
Nota: La figura izquierda promedia las respuestas de los grupos sometidos a técnicas de alta complejidad. La figura derecha muestra los resultados del grupo tratado solamente con IA.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Riesgo de embarazo múltiple

Grupo	Completa	Escasa	Nula	N
1. Solo IA.	53,8 %	16 %	30,2 %	106
2. IA / más FIV-ICSI.	67,4 %	19,7 %	12,8 %	86
3. Solo FIV y/o ICSI.	68,3 %	12,2 %	19,5 %	41

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Información sobre riesgo de enfermedad congénita

Nota: Se observa un mayor nivel de desinformación comparado con los otros dos riesgos (figuras 2 y 3). Como se menciona en la discusión, creemos que esto se debe a que no todos los especialistas del campo reconocen este riesgo. Esta figura no incluye el grupo sometido solamente a la IA, pues, hasta donde se sabe, no hay trabajos que demuestren incremento de enfermedad congénita por IA.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Información sobre riesgo de enfermedad congénita

Información:	Completa	Escasa	Nula	N
Grupo 2. IA. más FIV y/o ICSI	46.5 %	17.5 %	36.0 %	86
Grupo 3. Solo FIV y/o ICSI	40 %	10.0 %	50 %	41

Fuente: elaboración propia.

Acerca del embarazo múltiple (figura 3). De las parejas tratadas solo con IA, el 49 % recuerdan haber recibido información completa y el 17 % información escasa. Por su parte, de las tratadas con técnicas altamente complejas, el 67,9% de las parejas recuerdan haber

recibido información completa, el 15,9% recibieron poca información, y un 16,2% de pacientes no recuerda haber recibido información. Aun así, este es el riesgo donde las parejas reportan haber recibido más información.

Riesgo de enfermedad congénita (figura 4). Este fue el riesgo menos advertido: un promedio de 44 % de las parejas sometidas a técnicas de alta complejidad no fueron informadas, un 14 % recuerda haber recibido información escasa y un 42 % información amplia (figura 4).

DISCUSIÓN

Ausencia de carta de CI. La encuesta detectó diversas carencias en el manejo del CI de la RHA. La primera que llama la atención es la ausencia de carta de CI en 88,5 % de parejas sometidas a IA. La posible razón de esto es por los bajos riesgos de esta técnica. Sin embargo, también es importante aportar esta carta, pues aun cuando se utilizan dosis bajas de hormonas para inducir ovulación, este procedimiento sí conlleva un alto índice de embarazos múltiples y algunos problemas menores de hiperestimulación ovárica. En las parejas que acudieron a técnicas de RHA de alta complejidad, el 15 % de parejas no recibieron carta de CI. Sobra decir que esta carta debe presentarse al 100 % de parejas, pues se debe realizar en todo procedimiento mayor, especialmente cuando la intervención puede tener efectos colaterales adversos importantes.

Como se mencionó en la sección de Métodos, los grupos 2 y 3 tuvieron tratamientos muy parecidos, por lo que sus porcentajes se promediaron y se obtuvo su desviación estándar en las cuatro preguntas realizadas. Es interesante que la desviación estándar entre estos dos grupos encuestados de manera independiente es pequeña (figuras 1-4), lo que aporta otro punto a favor de la reproducibilidad y validez de la encuesta.

Información de riesgos. También se observaron algunas deficiencias en este rubro: a la cuarta parte de las parejas

sometidas a técnicas de alta complejidad no les informaron sobre el riesgo de hiperestimulación ovárica (figura 2), al 16 % no le informaron de la mayor probabilidad de un embarazo múltiple (figura 3), y a cerca del 40 % de las parejas no les comentaron el posible incremento en enfermedad congénita (figura 4).

La falta de información sobre enfermedad congénita en casi el 40 % de parejas (figura 4) puede ser porque, como se comentó en la sección Métodos, no todos los especialistas en fertilidad reconocen este efecto secundario, respecto al cual ya comentamos los metaanálisis de la Dra. Hensen y de otros autores más. También es interesante considerar que al 57 % de los pacientes encuestados sí les informaron de este riesgo: 43 % con información abundante y 14 % con información escasa (figura 4), una muestra práctica de que la mayor parte de especialistas del área también reconocen que las técnicas de RHA incrementan el riesgo de enfermedad congénita.

Complejidad de las técnicas y privilegio terapéutico. Un requisito central para que un CI sea válido es que el profesional provea toda la información relevante y necesaria que el paciente deba razonablemente conocer (15). Pero, como decíamos, en el caso de la RHA se ha justificado ocultar algunos riesgos para disminuir el estrés y crear cierta predisposición positiva al tratamiento de infertilidad (2, 16). Esta intención ha sido ampliamente discutida, aunque cada vez es más claro que los pacientes prefieren una información veraz. Por ejemplo, una encuesta sobre la comunicación de malos pronósticos en pacientes con cáncer encontró que, aunque el 56 % de los médicos pensaban que este diagnóstico debería revelarse al paciente solo si la familia estaba de acuerdo, el 100 % de los pacientes prefieren conocer su pronóstico real, aunque este sea malo (17). También se

sabe que, cuando surge alguna secuela, la información previa ayuda a una mejor adaptación y respuesta de los pacientes a esa realidad, además de evitar posibles incidentes legales (2).

La intención de tranquilizar a los pacientes puede caber en la figura ética del privilegio terapéutico, por la que el profesional de la salud puede reservarse el derecho de no comunicar parte de información al paciente si esta puede alterarlo considerablemente. Pero el dilema es que para no incurrir en coerción o engaño, un buen CI debe contar con información completa (3). Así pues, el privilegio terapéutico debe ser, en todo caso, una excepción y no una práctica común, como encontró la encuesta realizada. Cabe recordar que la relación médico-paciente se funda en la confianza del paciente hacia el médico; la falta de veracidad debilita esta confianza, además de que es causa principal de demandas legales (1).

En esta misma línea, el artículo firmado por el Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine del año 2023 resalta la importancia de aportar la información completa: “El paciente debe comprender todos los riesgos, incluidos los relacionados con el embarazo, y la descendencia, así como las anomalías congénitas y las enfermedades hereditarias” (1). Ese comité insiste en discutir “sin prejuicios” las alternativas, incluyendo la adopción, los riesgos físicos, psicológicos e incluso los económicos (1). Sobre las alternativas con técnicas de baja complejidad, Robert Edwards, en su última publicación, del año 2007, desde el título recomendó utilizar las técnicas de bajo impacto, como la FIV de estimulación mínima o de ciclo natural (que toma solo el óvulo producido durante el ciclo) (10). Otra alternativa poco conocida, pero con buenos resultados, es la llamada tecnología de reproducción natural (o

NaPro-Technology), basada en un diagnóstico acucioso de la causa de infertilidad y una amplia gama de tratamientos médico-quirúrgicos (18, 19).

Estas técnicas de baja complejidad conllevan menos riesgos, pues utilizan dosis menores de hormonas, o no las utilizan, y reportan índices de éxito similares a las de alto impacto (11, 18). Sus bajos efectos secundarios deberían motivar a las clínicas de RHA a implementar dichas técnicas o a referirlas a clínicas aliadas.

Limitaciones del estudio. La encuesta realizada tiene la virtud de ser la primera sobre aspectos centrales del CI en pacientes sometidos a técnicas de RHA. Su principal limitación es que se realizó en el año 2011 (14); sin embargo, creemos importante publicar este estudio, pues es la primera encuesta similar en la literatura médica, y no hemos encontrado otra con un valor N tan grande. Por otro lado, aunque es muy probable que esta práctica del CI haya mejorado, los autores del presente trabajo realizamos investigación y difusión de la RHA (11, 13, 14, 20-22), por lo que interactuamos con parejas sometidas a estas técnicas, quienes continúan refiriendo falta de información.

Una última objeción al presente trabajo es que la opinión de los pacientes es subjetiva. Sin embargo, la desviación estándar pequeña entre los dos grupos de pacientes de alta complejidad (figuras 1 a 4) nos muestra que la opinión de los pacientes tiene una base objetiva. Seguramente a las clínicas de esta especialidad les convendría realizar encuestas de salida al término de los tratamientos para saber su desempeño concreto en el rubro de CI.

Otra dificultad de la encuesta es que las parejas no pueden diferenciar si a la clínica a la que asistieron es

informal o cuenta con registro ante la Red LARA. Es probable que algunos de los que no recibieron información completa sea porque acudieron a una clínica informal, pero el paciente no lo puede saber. El problema de fondo es el vacío legislativo en RHA en México, que ha permitido la proliferación de clínicas clandestinas de esta especialidad (23), otra muestra de la necesidad de legislar en la materia.

La dificultad de explicar técnicas complejas a los pacientes no es problema exclusivo de la RHA. Por ejemplo, en cirugía, el 87 % de las enfermeras encargadas de realizar el CI piensa que los pacientes no tienen información suficiente para tomar una decisión (24). En este sentido, el CI es un proceso educativo continuo y no un evento único, y para facilitar este trabajo se pueden utilizar ayudas educativas, como las sesiones simultáneas con grupos de pacientes, las lecturas y las tecnologías interactivas (1, 25).

CONCLUSIONES

La encuesta analizada es importante, pues descubre algunas deficiencias en el manejo de la información de riesgos en parejas sometidas a tratamiento de RHA, pero sobre todo porque aporta varios elementos que muestran la importancia de un manejo integral del CI, el cual incluye necesariamente la información completa de riesgos.

Este CI integral no solo debe enfocarse en la técnica, sino que debe cuidar los aspectos más humanos, pues las parejas requieren también atención y formación en los aspectos integrales: individual, familiar, social y ético (11). El CI implica todo un proceso educativo, y las ventajas de realizarlo de manera integral son múltiples: se res-

peta la autonomía del paciente, quien siente un primer alivio al comprender mejor su enfermedad, se adhiere mejor a su régimen terapéutico y se enfoca en su problema, colaborando en identificar posibles soluciones (3); también se hace corresponsable de sus riesgos y es menos propenso a reclamos o a demandas legales si ocurre algún riesgo (1, 2). También, aunque al principio puede incrementar el estrés de las parejas, a mediano plazo las tranquiliza, en especial cuando en el curso del tratamiento aparece algún efecto indeseado o no logran tener éxito en el tratamiento, de modo que previenen que la pareja desespere o busque culpar a su cónyuge o a su médico tratante (2).

Estos conocimientos son útiles tanto en el campo de la RHA como en otras especialidades en las que el manejo del CI conlleva una parte educativa del paciente, y tienen retos en común como son los altos riesgos y técnicas difíciles de comprender por el paciente.

REFERENCIAS

1. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informed consent in assisted reproduction: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2023. Jun 1;119(6):948-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.009>
2. Karchmer S. Una aproximación al problema de la reproducción asistida. Qué y cuánto informar al paciente. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2004;2(1):51-4. Disponible en: <https://www.medigraphics.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=178>
3. Lo B. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. 6.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2019. Capítulo 3, Informed consent; pp. 20-32. (No disponible en línea).
4. Álvarez-Díaz JA. Legibilidad de los formularios de educación y consentimiento en procedimientos de reproducción asistida

- de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. *Cirugía y Cirujanos*. 2012;80(2):162-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66223268010.pdf>
5. Nasti C, Teixeira D, Moroni R, Leitão V, Martins W. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2015;45(4):377-93. DOI: <https://doi.org/10.1002/uog.14684>
 6. Hansen M, Bower C. The impact of assisted reproductive technologies on intra-uterine growth and birth defects in singletons. *Semin Fetal Neonatal Medicine*. 2014;19(4):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.03.002>
 7. Hansen M, Kurinczuk JJ, Milne E, De Klerk N, Bower C. Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2013;19(4):330-53. DOI: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt006>
 8. McDonald SD, Han Z, Mulla S, Murphy KE, Beyene J, Ohlsson A. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: a systematic review and meta-analyses. *Eur J Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*. 2009;146(2):138-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.05.035>
 9. Bergh C, Wennerholm U-B. Long-term health of children conceived after assisted reproductive technology. *Upsala J Medical Sci*. 2020;125(2):152-7. DOI: <https://doi.org/10.1080/03009734.2020.1729904>
 10. Edwards RG. IVF, IVM, natural cycle IVF, minimal stimulation IVF-time for a rethink. *Reproductive Biomedicine Online*. 2007;15(1):106-19. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)60699-2](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)60699-2)
 11. Cabrera-Cabrera A, Ríos-Uriarte ME de los, Hernández-Valdez, P. Análisis de las sensaciones y sentimientos de las parejas con problemas de fertilidad y la influencia de la ayuda e información recibida según un estudio de campo realizado en México en el año 2011. *Vida y Ética*. 2020;21(2):139-64. Disponible en: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3565>
 12. RedLARA. Formularios de educación y consentimiento en procedimientos de reproducción asistida. Santiago de Chile: Red LARA. 2001. Disponible en: <https://www.redlara.com/images/arq/Consentimientos%20informados.PDF>
 13. Cabrera AC, Ramos-Kuri MR, Valdez PH, García EL. Tasas de éxito en clínicas de fertilidad. *Revista de Medicina y Ética*. 2020;31(2):245-65. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n2.01>
 14. Cabrera A. La atención integral a las personas con problemas de fertilidad: Estudio de campo realizado en México 2011 [tesis doctoral]. [Roma]: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum; 2011. Disponible en: https://catalogo.uft.cl/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=37191&shelfbrowse_itemnumber=68092
 15. Vos IML, Schermer MHN, Bolt ILLE. Recent insights into decision-making and their implications for informed consent. *J Medical Ethics*. 2018;44:734-38. Disponible en: <https://jme.bmj.com/content/44/11/734.abstract>
 16. Shanner L, Nisker J. Bioethics for clinicians: 26. Assisted reproductive technologies. *CMAJ*. 2001;164(11):1589-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11402801/>
 17. Aljubran AH. The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*. 2010;30(2):141-4. DOI: <https://doi.org/10.4103/0256-4947.60520>
 18. Kiani AK, Paolacci S, Scanzano P, Michelini S, Capodicasa N, D'Agruma, et al. Complications related to in vitro reproductive techniques support the implementation of natural procreative technologies. *Acta Biomed*. 2020 Nov 9;91(13-S):e2020018. DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i13-S.10525>
 19. Tham E, Schliep K, Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice. *Can Family Physician*. 2012;58(5):e267-e74. Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/58/5/e267.short>
 20. Ramos-Kuri M., coordinador. Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica. Análisis crítico a la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el fallo sobre fertilización in vitro. 2017. Santiago de Querétaro: Centro de Investigación Social Avanzada AC. Disponible en: http://perso.unifr.ch/derecho-penal/assets/files/obrasportales/op_20170808_01.pdf

21. Marcó-Bach J, Ramos-Kuri M, Tarasco-Michel M. Efectos nocivos de la fecundación in vitro sobre la mujer y el embrión. En: Ramos-Kuri M, Herrera Fragoso A, Santos MJ, editores. El embrión humano: una defensa desde la antropología, la bioética, la biología del desarrollo y los derechos humanos. México D. F.: Tirant lo Blanch; 2019. pp. 275-316. Disponible en: <https://editorial.tirant.com/mex/libro/el-embrión-humano-una-defensa-desde-la-antropología-la-bioética-la-biología-del-desarrollo-y-los-derechos-humanos-manuel-ramos-kuri-9788413133829>
22. Marcó-Bach J, Tarasco-Michel M. Otros grandes problemas de la reproducción asistida. En: Ramos-Kuri M, Herrera Fragoso A, Santos MJ, editores. El embrión humano. Una defensa desde la antropología, la bioética, la biología del desarrollo y los derechos humanos. México D. F.: Editorial Tirant lo Blanch; 2019. pp. 317-49. Disponible en: <https://editorial.tirant.com/mex/libro/el-embrión-humano-una-defensa-desde-la-antropología-la-bioética-la-biología-del-desarrollo-y-los-derechos-humanos-manuel-ramos-kuri-9788413133829>
23. Senado de la República Mexicana. (2022). Necesario impulsar regulación para la reproducción humana asistida demanda Sánchez Cordero. Disponible en: <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/3040-necesario-impulsar-regulacion-para-la-reproduccion-humana-asistida-demanda-sanchez-cordero>. También disponible en: <https://morena.senado.gob.mx/necesario-impulsar-regulacion-para-la-reproduccion-humana-asistida-demanda-sanchez-cordero/>
24. Moeini S, Shahriari M, Shamali M. Ethical challenges of obtaining informed consent from surgical patients. *Nurs Ethics*. 2020;27(2): 527-36. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733019857781>
25. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, et al. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Medical Decis Mak*. 2020;40(2):119-43. DOI: <https://doi.org/10.1177/0272989X19896348>