

**Revista Mexicana de
Medicina Física y Rehabilitación**

Volumen
Volume **16**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2004**

Artículo:

Editorial

**Dilemas éticos en la práctica de la
medicina de rehabilitación**

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Editorial

Dilemas éticos en la práctica de la medicina de rehabilitación

Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez

La ética médica se basa en principios aplicables en todas sus áreas, aunque en la vida cotidiana se pueden presentar algunos dilemas en su aplicación. En el *principio de autonomía* todas las personas, incluyendo a la población con discapacidad, tienen derecho a ser respetadas en sus valores y creencias, ser consideradas como autónomas en sus decisiones, capaces de dar forma y sentido a su vida y libres en su autodeterminación. En general todos los individuos tienen la capacidad de elegir y no existe justificación ética para negarles esta posibilidad. El *principio de beneficencia-no maleficencia* se refiere a proporcionar los máximos beneficios con los mínimos daños y errores a todos los pacientes, la obligación de no infligir daño a las personas en forma deliberada, procurando siempre su bienestar y cuando se causa daño, la obligación de repararlo. El *principio de justicia* versa sobre la obligación ética sobre una distribución igualitaria y equitativa de los beneficios, así como el derecho de las personas a recibir lo que se considera moralmente correcto y apropiado, propiciando un trato igualitario y equitativo. Las personas con discapacidad tienen el derecho a gozar de las mismas oportunidades que los demás y disfrutar en igualdad de circunstancias de las condiciones de vida.

Los avances de la medicina han sido altamente significativos por lo que han disminuido los índices de mortalidad y se ha incrementado la esperanza de vida, sin embargo también han aumentado las enfermedades crónico-degenerativas que dejan secuelas de tipo discapacitante. La respuesta a esta problemática es la medicina de rehabilitación que enfatiza las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la discapacidad, con un abordaje de tipo grupal en la que el médico especialista en rehabilitación se constituye en líder del equipo interdisciplinario de profesionales. Las decisiones se toman por consenso, con intervención activa de sus miembros. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir un tratamiento individualizado, igualitario, dirigido hacia el alcance de los objetivos planteados junto con el paciente, de la mejor calidad y menor costo. Por otra parte el otorgante de los servicios tiene el derecho y la obligación de proponer al paciente la mejor terapéutica posible con los recursos disponibles, proporcionándole un trato respetuoso.

En la práctica diaria de la rehabilitación se pueden presentar diversos conflictos a los principios éticos. Es imposible referirse a todos, sin embargo, se mencionarán algu-

nos ejemplos como el caso de los médicos “autoritarios” o “paternalistas” que piensan ser capaces de tomar decisiones por los pacientes o familiares, vulnerando el *principio de autonomía*, no consultan ni piden consentimiento para la aplicación de métodos terapéuticos, con la justificación de buscar el bienestar del paciente. Se debe propiciar que siempre se cuente con cartas de consentimiento informado que registren los beneficios y riesgos que las personas pueden sufrir al ser sujetos de cualquier tipo de procedimiento médico. La relación médico-paciente debe continuar buscando el bienestar en el sentido más amplio, para que los pacientes depositen en el médico su confianza al referirle un malestar que los aqueje. Actualmente los pacientes son más críticos y reflexivos, ponen en duda los beneficios diagnóstico-terapéuticos y pueden sentirse poseedores de información médica relevante. El médico enfrenta cada día mayores y desconocidos problemas, tiende a ejercer una medicina *a la defensiva* para evitar demandas y sufre presiones para prescribir sofisticados instrumentos de diagnóstico o tratamiento. Los pacientes conocen más sobre su enfermedad, se agrupan en asociaciones, consultan distintas opiniones y algunos incluso mantienen correspondencia con expertos en el ámbito mundial. La sociedad se perfila hacia una nueva cultura médica, con tendencia a la autorresponsabilidad y al autocuidado.

Los dilemas a los principios éticos desde el punto de vista rehabilitatorio son amplios y diversos, como sucede con los pacientes que no aceptan alguna terapia por considerar que les puede afectar, aquellos que sufrieron alguna fractura y se niegan a ser movilizados en sus extremidades o a iniciar programas de marcha por temor al dolor. Otras veces sufren al saber la posibilidad de prescribirseles electroterapia o algún medio físico. Otros ejemplos de dilema ético son aquellos pacientes a los que se les realiza una amputación por arriba de rodilla y el muñón es demasiado largo e impide la adecuada adaptación de la prótesis debido a la diferencia de altura de la articulación de la rodilla, en estos casos muchos médicos recomiendan la reamputación de la extremidad hasta un nivel de adaptación protésica adecuado y se preguntan si están actuando éticamente. En todas las acciones médicas se debe siempre considerar siempre el balance adecuado entre los beneficios y el daño potencial que podría sufrir el paciente.

El principio de justicia puede verse afectado al no proporcionar un tratamiento igual para un padecimiento igual a un paciente que no manifiesta protesta en comparación a otro que manifiesta su inconformidad, también cuando se establecen objetivos del tratamiento rehabilitatorio inalcanzables, afectando no solamente el proceso de tratamiento sino también el egreso adecuado del paciente en un tiempo prudente.

Las personas con discapacidad como seres autónomos, libres y capaces de tomar decisiones sobre su vida deben estar incluidos en la toma de decisiones que le conciernen en su rehabilitación. El grado de responsabilidad del paciente en esa toma de decisiones puede ser una pregunta difícil de contestar. No siempre se puede asumir que los adultos con discapacidad sean capaces de tomar las decisiones más adecuadas, como cuando presentan afasias, demencias o pérdida del estado de conciencia. Por otra parte, es ampliamente conocido que las personas al sufrir una pérdida, o adquirir una discapacidad temporal o permanente atraviesan por diversas etapas psicológicas que probablemente les impidan una toma de decisiones adecuadas, ya que se podrían sentir amenazados, inseguros o incapaces de asumir esta responsabilidad. También pueden sentirse vulnerables por la presencia de dolor, fatiga, ansiedad o depresión y llegar a rechazar el tratamiento rehabilitatorio. Algunos autores sugieren aplicar en estos casos el *principio de beneficencia* combinado con un enfoque educativo, lo que ocasionaría que durante algún tiempo se procediera en contra de los deseos del paciente, pero proporcionando el mayor beneficio, mientras que otros autores sugieren diferir el tratamiento proporcionando únicamente programas domiciliarios. En cualquier caso debe proporcionarse al paciente la suficiente información sobre los riesgos y beneficios de cada intervención.

La rehabilitación de las personas con discapacidad puede ser larga y costosa, la mayor parte de las veces requiere de la intervención activa del paciente y su familia. Muchos servicios de rehabilitación tienen la limitación de los llamados “tiempos máximos de tratamiento rehabilitatorio”, por lo que desde el ingreso del paciente se deben establecer objetivos para alcanzar paulatinamente una funcionalidad, una vez que se alcanzan éstos, se puede proceder al alta temporal con programas domiciliarios y plantear una vez más objetivos a alcanzar en la siguiente valoración. En la primera entrevista el médico debe establecer comunicación adecuada con el paciente y sus familiares, proporcionando información sobre la naturaleza del padecimiento y los objetivos a alcanzar, explicar el tratamiento rehabilitatorio y las condiciones en que se programará su egreso. El equipo rehabilitatorio tiene la obli-

gación de tratar de alcanzar esos objetivos en un tiempo prudente y participar en la educación del paciente y sus familiares para al momento del alta continuar adecuadamente el programa domiciliario. ¿Hasta qué punto es útil prolongar la estancia del paciente en un servicio de rehabilitación?, ¿hasta dónde se debe prolongar un tratamiento rehabilitatorio que no avanza?, ¿es ético distraer a los familiares para que asistan diariamente a la terapia, descuidando las labores hogareñas, trabajo o escolaridad de los otros miembros de la familia? Es un hecho que el proceso de rehabilitación puede alejar a otros miembros de la familia de sus actividades cotidianas, y muchas veces causar serias alteraciones en la vida familiar. Es común escuchar a los familiares referir que dejaron de trabajar o asistir a la escuela para tratar a su familiar enfermo, por lo que se recomienda mantener un equilibrio adecuado entre la duración de la terapia del paciente y las obligaciones que tienen los familiares para acompañarlos.

Por otra parte: ¿hasta cuándo se deben mantener los subsidios de incapacidad médica en las enfermedades discapacitantes?, ¿es ético mantener tiempos excesivos de tratamiento cuando no se presentan avances en la rehabilitación?, ¿hasta qué punto deben las instituciones alargar el tratamiento rehabilitatorio? El paciente tiene injerencia en todas las decisiones relativas a la conclusión del tratamiento, cuando estas medidas se le han comunicado al paciente y a su familia y ellos han participado en la definición de las metas, puede tomarse con sensibilidad ética la decisión de concluir el programa de rehabilitación. Existe consenso internacional sobre los tiempos máximos de tratamiento e incapacidad, se recomienda personalizar cada programa rehabilitatorio de acuerdo a las propias características del paciente y mantener un equilibrio financiero con respecto a los subsidios de incapacidad y de los recursos financieros generados en la rehabilitación de los pacientes.

Se asume que la *sociedad* está consciente que las personas con discapacidad se deben integrar en forma efectiva a una vida productiva: los niños, adolescentes y jóvenes a la escuela, los adultos a la vida laboral y los adultos mayores a una vida placentera e independiente, sin embargo no siempre se está consciente de los obstáculos que se presentan, aún quedan rezagos importantes como la discriminación de las personas con discapacidad, los obstáculos arquitectónicos en las escuelas, centro de trabajo y edificios, la creencia de que una persona con discapacidad es una persona “enferma”, la capacitación y contratación laboral, potencialidades de las personas con discapacidad y también la accesibilidad de los servicios de medicina de rehabilitación a la mayoría de la población.