



**INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION**

DIPLOMADO EN BIOETICA

**¿EXISTE ACTITUD BIOETICA EN LA ATENCIÓN A
LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD SECUNDARIA
A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN
CUANTO AL PRINCIPIO DE JUSTICIA?**

PRESENTA: ZAVALA RAMIREZ JUANA

OCTUBRE 2008

¿EXISTE ACTITUD BIOÉTICA EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD SECUNDARIA A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN CUANTO AL PRINCIPIO DE JUSTICIA?

JUANA ZAVALA RAMIREZ

INTRODUCCION

Antes de iniciar el desarrollo de nuestro ensayo, es importante resaltar dos definiciones vigentes para nosotros y son las siguientes:

Invalidez, al efecto de una o más discapacidades que interactúan con el medio ambiente físico y social en el desempeño considerado como normal de un individuo, en función de su edad y sexo.

DISCAPACIDAD, a la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.

Estos conceptos se deben analizar, ya que según el PREVERDIS², el 10 por ciento de la población mexicana presenta algún tipo de discapacidad, por lo que debemos pensar siempre en este grupo de la población mexicana.

Otro dato importante, es el que las enfermedades cardiovasculares ocupan uno de los primeros lugares en causas de morbilidad y mortalidad según estudios del ENSA 2000.³

Se le ha dado relevancia a estas situaciones, pero se ha dejado de lado que estos padecimientos pueden generar discapacidad motora, neurológica, social, familiar y laboral, como en el caso de los post infartados, los pacientes con secuelas de Evento vascular cerebral y los pacientes amputados de miembros inferiores secundarios a complicaciones por diabetes mellitus.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-173-SSA1-1998 PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD. 19/11/1999.

² PREVERDIS

³ ENSA 2000 - SSA

Los primeros datos sobre Programas de Rehabilitación Cardíaca, establecidos se encuentran tras la publicación de los informes de la OMS en los años 1964 y 1968 donde se define la rehabilitación cardíaca como: "conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad".⁴

En México, la Diabetes mellitus se sitúa en uno de los primeros lugares de morbi - mortalidad, juntamente con las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, al padecer diabetes, se considera al individuo como enfermo cardiovascular debido a que entre ambas enfermedades existe una estrecha relación.

Estas enfermedades, llevan frecuentemente a una amputación de las extremidades inferiores, lo cual representa un gasto importante a nivel de la familia que sufre este tipo de eventos como a nivel de estado y sociedad.

El número de pacientes amputados por complicaciones derivadas de la diabetes mellitus continúa creciendo y no hay programas suficientes para llevar un control adecuado de su padecimiento antes de estar en posibilidades de la utilización de su prótesis.

Asimismo, otros factores de riesgo cardiovascular, como la Hipertensión arterial, las dislipidemias, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y el tipo de personalidad tipo A, llevan a los individuos a padecer otro tipo de discapacidades como puede ser las secuelas de un Evento vascular cerebral. Este tipo de discapacidades, generadas por antecedentes de enfermedades metabólicas, no han sido convenientemente estudiadas, ya que solo se busca el tratamiento para prevenir enfermedades cardiovasculares, pero son pocas las instituciones que lo consideran el origen de Discapacidad en sí.

En nuestro caso, en el año 2000 se inauguró en Instituto Nacional De Rehabilitación, fundiéndose así los institutos de Rehabilitación; Ortopedia y Comunicación Humana en uno solo con el fin de prevenir la discapacidad y lograr una mejor calidad de vida en los pacientes que la padecen.

La población a atenderse son las personas con alguna discapacidad o riesgo de presentar una discapacidad, por lo que se integro en el servicio de Rehabilitación Cardíaca a los pacientes con amputaciones diversas y con secuelas de evento vascular cerebral. Pero aún se ha ido más allá, y se

⁴ Cardiac Rehabilitation. Evidence- based best practice Guideline . Heart Association Foundation. August 2002

importantes, debido a que no hay una adecuada educación para la prevención de enfermedades crónicas degenerativas.

Según el estudio ENSANUT 2006,⁶ Más de 22% de los adultos acudió a realizarse pruebas de determinación de glucosa en sangre y mediciones de la tensión arterial en el año previo a la encuesta, en mayor medida las mujeres, de las que casi 25% acudió a ambas pruebas, mientras que 19% de los hombres acudió a pruebas de detección de diabetes y de hipertensión arterial. Para las dos pruebas, el porcentaje de adultos que acudió en el año previo a la ENSANUT 2006 fue mayor al porcentaje que había acudido en el año previo al levantamiento de la ENSA 2000. En ese momento, 10.5% de los adultos había acudido a detección de diabetes y 13.4% a detección de hipertensión arterial, lo que, en términos de incrementos, representa 111% y 70.1%, respectivamente. La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%).

En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres.

En Estados Unidos el costo estimado de la Diabetes Mellitus en el 2007 fue de 174 billones de dólares incluidos 16 billones en la compra de medicamentos y 58 billones de costo en la disminución de la productividad nacional. El costo médico atribuido a la diabetes incluye también 27 billones en el costo directo del manejo de la diabetes, 58 billones para el tratamiento de complicaciones crónicas atribuibles a ella y 31 billones en costos médicos excedentes.⁷ Los componentes atribuidos a costos hospitalarios del paciente representan en 50% de los costos totales, la medicación de la diabetes y suplementos representan el 12 %, el tratamiento de las complicaciones de la diabetes el 11%, y consultas médicas el 9%.

La gente con diagnóstico de diabetes genera erogaciones de \$11,744 dólares por año, de los cuales \$ 6,649 son atribuidos directamente a la diabetes y presentan 2.3 veces mayores tiempos de manejo que en ausencia de diabetes.

Esto se vincula con ausentismo, el cual provoca pérdidas económicas por ausentismo de \$2.6 billones de dólares.⁸

Los costos de dicho programa se mencionan variables en diversos estudios, los cuales mencionan un promedio de 12 000 dólares, en Estados Unidos, lo que incluiría las valoraciones médicas, estudios especiales, enseñanza nutricional, sexual, laboral, recreativa, 12 semanas de ejercicio físico supervisado, valoraciones de terapia ocupacional, manejo para abandono del hábito tabáquico, etc. Considerando también el tiempo sin laborar que tiene el

⁶ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Secretaría de Salud.

⁷ Dall T., Edge S. economic cost of diabetes in US 2007. *Diabetes Care* 31:596-615, 2008

⁸ Ibid.

consideran también candidatos a programas a los pacientes que presentan un síndrome metabólico, a fin de prevenir discapacidad en ellos.

Cuando se iniciaron los estudios de nuestra población, se observó que todos ellos tenían factores de riesgo, como tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipidemias, obesidad, sedentarismo, y antecedentes hereditarios, por lo que se inició un programa preventivo para disminuir los factores de riesgo antes de prescribir una prótesis, a fin de evitar una segunda amputación o un infarto agudo de miocardio (IAM), pero fuimos más allá, y en los pacientes con evento vascular cerebral, se busca evitar un nuevo evento y disminuir los riesgos de muerte en los siguientes 5 años.

Desde el punto de vista de la evaluación económica de los PRC se han realizado análisis del coste beneficio, coste efectividad y coste utilidad con beneficio económico por ahorro por paciente tratado, y con efectividad por tiempo de vida ganado. Según el Servicio Nacional Británico de Salud (NHS) en 1997 acerca de varias intervenciones como dejar de fumar, uso de hipolipemiantes, y rehabilitación cardíaca, encuentran que dejar de fumar es la más coste-efectiva para pacientes con enfermedad cardíaca, y el tratamiento hipolipemiante y rehabilitación cardíaca son altamente coste-efectivos por QALYs (qualityadjusted life-years) medida numérica que representa el tiempo de vida ganado con buena calidad de salud, y son relativamente coste-efectivos por YOLS (years of life saved) que es medida de incremento de la esperanza de vida.⁵

La asignación de recursos sanitarios para intervenciones en el campo asistencial, como la Rehabilitación Cardíaca, requieren evaluaciones tanto clínicas como económicas. Los beneficios clínicos de un programa global de rehabilitación cardíaca, en el post-infarto agudo de miocardio, están bien establecidos (reducción de un 25% en la mortalidad global) Sin embargo, se disponen de escasas valoraciones económicas respecto a los programas terapéuticos de rehabilitación cardiovascular en cuanto a otros padecimientos

La evaluación económica de programas asistenciales se define como el análisis comparativo de procesos alternativos de actuación, con respecto a sus costes y a sus resultados.

COSTO-EFICACIA DE LA REHABILITACION CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE CON MICROANGIOPATIA DIABETICA.

La Diabetes Mellitus es un problema de Salud Pública en México y en el mundo, generando gastos al individuo y al sistema nacional de Salud

⁵ (García. Características mínimas de un programa de rehabilitación cardíaca 2003)

paciente, sin embargo, en nuestro país, por el empleo de todo el equipo de salud y la aplicación de ejercicios terapéuticos, estudios etc., los costos son elevados para los contribuyentes y los pacientes, a pesar de que estos últimos solo realizan un pago en base a un estudio socioeconómico y les cuesta menos de un 10% de lo que cuesta a nivel privado, debido a que el Sistema Nacional de Salud, tiene el mayor número de servicios de Rehabilitación Cardíaca en la República Mexicana

ESTUDIOS QUE DEMUESTRAN EL COSTO- BENEFICIO DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA.

Diversos programas de rehabilitación han demostrado que no se incrementaban los costes sanitarios de la atención en el post-IAM, ya que el coste originado por la participación en el mismo era compensado por un menor número de ingresos por patología cardiovascular. Además, los pacientes rehabilitados volvían antes al trabajo respecto al grupo control, resultando un descenso en los costes por improductividad y los derivados de las pensiones.

Esto es pensando en los programas de Rehabilitación Cardíaca de manera utilitarista, pero debemos considerar al paciente como una persona ante todo, y buscar que la atención a los pacientes que lo necesitan, tengan la oportunidad de tratamiento.

DELIMITANDO EL CONCEPTO DE BIOÉTICA

El término "bioética" fue utilizado por primera vez por V. R. Potter hace casi 40 años (Potter, 1970). Con este término aludía Potter a los problemas que el desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores. Urgía así a superar la actual ruptura entre la Ciencia y la Tecnología de una parte y las Humanidades de otra.

Sus raíces en la asimetría existente entre el enorme desarrollo tecnológico actual que otorga al hombre el poder de manipular la intimidad del ser humano y alterar el medio, y la ausencia de un aumento correlativo en su sentido de responsabilidad por el que habría de obligarse a sí mismo a orientar este nuevo poder en beneficio del propio hombre y de su entorno natural.⁹

-
- ⁹ Potter V.R. Bioethics: the science of survival, 'Perspectives in Biology and Medicine' New York, 1970.

La bioética es una disciplina científica necesaria para estudiar la vida respetando la vida. Las creencias de las comunidades conforman el sentido de la humanidad. El análisis retrospectivo de los errores cometidos, generó propuestas interdisciplinarias de comportamiento humano en documentos como el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Consejo de Nuffield.

Los motivos que empujan a perfeccionar la preparación personal en cuestiones Bioéticas son múltiples. Muchos profesionales sanitarios desean encontrar una solución adecuada a los frecuentes dilemas éticos que se plantean en la práctica clínica. Estos dilemas se plantean también a otros niveles: en los comités de bioética, en la docencia de pre o postgrado en ciencias de la salud o en disciplinas como el derecho, la política, la gestión, periodismo sanitario, etc., o en el contexto de trabajos de investigación con seres humanos. Por otro lado es cada vez mayor el número de los que sienten la urgencia de afrontar con eficacia los problemas bioéticos y desean colaborar en su resolución. Se plantea así por una u otra vía la necesidad de adquirir una formación bioética sólida, a nivel de un postgrado universitario.

Se comprende que sólo una formación pluridisciplinar a la vez teórica y práctica permitirá adentrarse en esta disciplina si se quiere evitar la trivialidad de confundir el diálogo bioético con discusiones solo por el placer de discutir. Es éste un punto importante y si en algunos ambientes la bioética no ha conseguido la reputación y autoridad que merece se debe quizás a la falta de conocimiento de las investigaciones que se realizan al respecto.

La bioética es una disciplina científica necesaria para estudiar la vida respetando la vida. Las creencias de las comunidades conforman el sentido de la humanidad. El análisis retrospectivo de los errores cometidos, generó propuestas interdisciplinarias de comportamiento humano en documentos como el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y el Consejo de Nuffield.

En la bioética, se estudian también el impacto económico de las enfermedades, ya que entendemos que el pensamiento de modernidad es la unión de ciencia y tecnología, para la transformación del medio ambiente, según los principios racionales de función y utilidad (productivismo), con el objeto de obtener mejoría de los parámetros económicos y sociales, que benefician a toda la humanidad, lo que significa un estilo universal o formalismo cultural generalizado. Aunque el modernismo fue inicialmente un movimiento de oposición que desafió el orden cultural de su tiempo, por su formalismo internacional, al ponerse en contacto con la cultura local, se produce un choque entre ellas, dando lugar a la crisis y caos de valores de la cual no escapa la ciencia médica, originando el post-modernismo, donde se trata de cuestionar, las cuestiones sociales.

LA BIOÉTICA COMO PARTE DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION CARDIACA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se iniciaron programas de Rehabilitación cardiaca para personas con discapacidad, lo que nos hace diferentes a los programas instituidos en otros hospitales de México y el Mundo.

Como todos los programas, se delimitó un equipo de trabajo, instalaciones con equipos adecuados y se capacitó al personal.

Pero ¿hasta que punto influye la Bioética en nuestros programas?

Cuando nosotros realizamos un protocolo de investigación, se envía al comité científico y para cubrir algunos aspectos se nos pide la carta de consentimiento informado, para la realización de las pruebas de esfuerzo y los programas subsecuentes.

Estamos realizando actividades que responden a las necesidades de la bioética?

Si no basamos en el modelo bioético más divulgado, el **PRINCIPIALISTA** podemos tener:

- **Principio de autonomía:** se fundamenta en que el enfermo no es un objeto sino una persona dotada de razón para entender y voluntad para decidir pudiendo aceptar o rechazar un tratamiento. En este caso, se le da al paciente una carta de consentimiento informado, en la cual se describen principalmente lo que es y cómo se realiza una prueba de esfuerzo, y otra donde se le invita a participar en los programas que se tienen.
- Para la realización del consentimiento informado, debe reunirse tres elementos importantes: la voluntariedad, la información y la comprensión por parte del paciente
- Debemos informa al paciente con detalle las fases del programa, alternativas en caso de que por alguna situación no pueda llevarlas a cabo y sus consecuencias, para que sea el paciente quien determine.
- **Principio de beneficencia y "no-maleficencia":** En el principio de beneficencia, se enuncia a buscar el bien del paciente y en él se basa la regla de la confidencialidad. El principio de no maleficencia determina no infringir ningún tipo de daño y de aquí proviene la regla de la fidelidad.¹² Los programas que se llevan a cabo en el servicio de Rehabilitación Cardiaca, se basan en múltiples investigaciones

¹² Revista Selecciones de Bioética, ISSN 1657-8856. Instituto de Bioética-Cesalbe, Bogotá, Colombia, 2002.

CONCLUSIONES

Los programas de Rehabilitación Cardíaca, para pacientes con discapacidades secundarias a problemas metabólicos, son nuevos en muchas partes del mundo, y se deben adaptar a las necesidades cambiantes de la sociedad y de la morbi mortalidad mundial. En el instituto nacional de Rehabilitación se busca que se atienda a los pacientes en base a principios deontológicos y bioéticos actuales, pero solo con el conocimiento de los problemas se podrá buscar nuevas alternativas para la mejora continua.

Continuar la capacitación y apoyos para la creación de servicios de Rehabilitación cardíaca, dará mayor cobertura a la población y por lo tanto, se hará más justa la atención médica.

La educación forma parte inherente y esencial del ejercicio médico, por lo que es absolutamente necesario que en las residencias médicas se haga énfasis en la bioética, es un elemento de la práctica misma que, por ser médico se lleva a cabo, tan importante como la atención a la salud. La enseñanza ética en la actualidad y, en nuestro medio, es muy difícil de efectuar, dado que partimos del punto de vista que podemos describir como modernista. Por lo tanto, se requiere ubicar el acto médico en su contexto histórico y social para poder entenderlo.

Los aspectos éticos de los pacientes con discapacidad secundaria a enfermedades metabólicas deben adquirir realce en el equipo médico, ya que se asume una responsabilidad en cuanto al tratamiento y rehabilitación del paciente.

La Relación médico paciente permite lograr una mejor reintegración del individuo a su entorno bio psico social

RELACION MEDICO- PACIENTE

En lo-s Programas de Rehabilitación Cardiaca, la relación médico- paciente es una parte medular para el éxito de nuestros pacientes, debido a que durante 12 semanas debe haber una convivencia estrecha para poder externar temores y adelantos en las actividades, para así poder adecuar las actividades necesarias, ajustes de medicamentos o impedimentos para la realización de adecuados programas. La solidaridad, la aceptación y la empatía, logrará que encontremos el camino para la realización de los objetivos comunes.

Dentro de esta relación, también debe considerarse las expresiones no verbales, como las posturas y la mímica, ya que también nos transmiten un mensaje, tanto de aceptación como de rechazo.

Es necesario en este concepto, valorar la autonomía del paciente, respetando su integridad, y su dignidad.

PROPUESTAS

- capacitar a todo el personal dentro de los principios bioéticos
- Incidir en la facilitación de propuestas por parte de los trabajadores del instituto nacional de Rehabilitación, para elaborar controles bioéticos en las actividades.
- Mantener la Bioética como parte importante en la formación de los médicos residentes, de enfermeras y terapeutas.
- Establecer cursos bioéticos de capacitación anuales, a fin de que se logre conciencia de la necesidad de la bioética.
- Favorecer la realización de protocolos de investigación encaminados a la mayoría en los aspectos bioéticos de los diferentes servicios del INR.
- Considerar siempre al individuo como un ser único e irrepetible que merece todo el esfuerzo de el sistema nacional de salud para evitar, tratar y limitar las enfermedades que pueda presentar.
- Lograr una buena integración tanto del equipo multidisciplinario entre sí como con el paciente y su familia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beauchamp Tom, Childress James. Principles of biomedical Ethics, New York, Oxford University Press 3ª. Ed, 1983
- Cardiac Rehabilitation. Evidence-based best practice Guideline Heart Association Foundation. August 2002
- Dall T., Edge S. economic cost of diabetes in US 2007 *Diabetes Care* 31:596-615, 2008
- ENSA 2000 SSA
- Norma oficial mexicana NOM 173 ssa 1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad
- Potter V.R. Bioethics: the science of survival, "Perspectives in Biology and Medicine" New York, 1970
- PREVERDIS. Ibarra, I.
- Revista Selecciones de Bioética, ISSN 1657-8856. Instituto de Bioética-Cenalbe, Bogotá, Colombia 2002
- Potter V.R. Bioethics: the science of survival, "Perspectives in Biology and Medicine" New York, 1970.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Secretaría de Salud.