

Bioética, Enfermedad y Adulto Mayor

Prof. Dr. Raúl Padrón Chacón¹; Dr. Luis Noda Amorós²; Lic. María B. Pérez Jiménez³; Dr. Miguel A. Rodríguez Rodríguez.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una población de 40 pacientes con escalas comprendidas entre 65 – 69 y más años de edad de ambos sexos, en el Hogar de Ancianos Gómez Gendra, ciudad de La Habana, con el objetivo general de identificarla y caracterizarla específicamente por medio de variables Clínicas, Bioquímicas, Antropométricas, Psicométricas y Encuestas. Los resultados más significativos están representados mediante las variables clínicas, en las que el mayor porcentaje se encuentra en las enfermedades: Obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial; para el mayor número de respuestas adecuadas en las encuestas de Consentimiento Informado y en el Minimental-Test, el deterioro cognitivo no fue estadísticamente significativo.

Palabras Clave: *Bioética, Deterioro Cognitivo, Consentimiento Informado, Autoestima, Obesidad.*

Introducción

La Gerontología y la Geriatria están fusionadas, constituyendo hoy día un reto para los Clínicos, Cirujanos, Geriátricos, Psicólogos, Psiquiatras y Epidemiólogos. Por otra parte, la Bioética es considerada actualmente tanto una necesidad objetiva del desarrollo social como un paradigma indispensable en el campo no solo de la ciencia y la tecnología, sino que trasciende aún más allá, formando un mosaico de factores no sólo inter sino transdisciplinarios, que contemplan al hombre en su totalidad. Tanto a los hombres de ciencia como a los estudiosos de otras disciplinas, la Ética y la Bioética les han llamado poderosamente la atención sobre los grandes conflictos derivados de la invasión tecnológica en el campo de las Ciencias Médicas, cuestión evidentemente importante (1). Por otra parte, la Intervención Médica no se puede basar únicamente en datos científicos, por la compleja naturaleza de la explicación médica, por la incertidumbre inherente al diagnóstico y al pronóstico y porque el ethos de la medicina es tratar al paciente como un todo y no los síntomas o enfermedades aisladas (2). En relación con la ética clínica es saludable señalar que los métodos de ésta, al ser insertados en la historia clínica, pueden reajustarse a la estructura de la metodología científica y absolutizar el estilo que poseen las ciencias de tratar la realidad, puesto que el

siglo actual demanda más acciones de carácter masivo, tanto de promoción de salud como en la prevención de enfermedades, específicamente en las edades más vulnerables -niños y adultos mayores-, que acciones aisladas de curación y rehabilitación, siempre considerando en primer lugar los principios fundamentales de la Bioética (3) Beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia.

La hipertensión arterial (HTA), enfermedad muy frecuente en personas adultas (50% de la población mayor de 65 años de edad) es considerada, al igual que la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y la obesidad, los factores de riesgo más poderosas de la sociedad occidental (4) Aproximadamente el 90% de los adultos portadores de Diabetes Mellitus sufren la enfermedad tipo 2 y, tanto la obesidad como la ganancia de peso, son importantes determinantes de la resistencia a la insulina en la misma (5). La Diabetes Mellitus tipo 2 cada vez se torna más frecuente en los niños y la obesidad infantil se ha convertido en una verdadera epidemia; actualmente 40% a 50% de la diabetes mellitus de nueva aparición en los niños es tipo 2 (6).

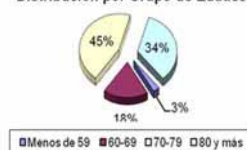
La prevalencia del sobrepeso, en la actualidad, es superior a 1000 millones de adultos; 300 millones de ellos son diagnosticados como obesos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, reportó la incidencia de enfermedades no transmisibles en 698 millones de personas, ocupando el primer lugar las cardiovasculares (7). En Cuba, en el año 2002 la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) registraba cifras de 11.8% para la Obesidad y 30.6% de sobrepeso para la población adulta mayor de 19 años.

Métodos

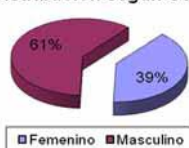
El universo de estudio estuvo formado por 40 adultos mayores de diferentes sexos y de 65 y más años de edad, institucionalizados en el Hogar de Ancianos “Gómez Gendra”, de la ciudad de La Habana, en el quinquenio 2003-2007.

Para identificar y caracterizar las variables clínicas, se escogieron 33 pacientes que presentaban un aumento porcentual en la asociación entre HTA, DM-2 y Obesidad. Además, se procedió a una encuesta sobre consentimiento informado a la totalidad de la muestra y se le practicó el test minimental a todos los integrantes del estudio.

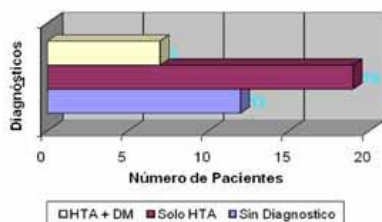
Distribución por Grupo de Edades



Distribución según Sexo



Distribución según Diagnóstico



Procedimientos

Se aplicaron técnicas cualitativas como charlas educativas basadas en: Educación Nutricional, Obesidad e Hipertensión Arterial y sus efectos nocivos para la salud. Se les impartió una amplia y detallada explicación con términos muy entendibles por todos acerca del trabajo en cuestión, solicitándose su consentimiento y aclarando que tenían toda libertad de abandonar el estudio, así como que se les informaría de los resultados obtenidos.

Fueron aplicadas las siguientes variables:

Clínicas: Historia Clínica confeccionada por un médico.

Bioquímicas: Hemoglobina g /L, Hematocrito, Glucemia, Colesterol, Triglicéridos. Estas variables fueron realizadas por un Licenciado en Laboratorio Clínico, cumpliéndose los requisitos establecidos.

Antropométricas (peso, talla, IMC, peso real, peso ideal; para estas variables se aplicó el programa biológico internacional (PBI).

Para la talla el instrumento utilizado fue el estadiómetro Harpenden; el peso se evaluó a través de la balanza Detecto Medic. (Detecto-Scales, Inc., Brooklyn, N. Y, USA).

Las mediciones fueron realizadas por un Licenciado en Antropometría, cumpliendo los requisitos establecidos. El índice de masa corporal (IMC) fue evaluado y la fuente utilizada en este estudio fue el método de Garrow para la clasificación de las obesidades.

Variables Psicométricas. El Minimental-Test se realizó a todos los integrantes de la muestra con la finalidad de evaluar la estadiación del deterioro cognitivo en sus categorías de: ligero, moderado y severo. Fue realizado por un Especialista en Psiquiatría.

Variable: Encuesta sobre consentimiento informado realizada a todos los pacientes, por una Licenciada en Psicología.

Para dar salida a los objetivos planteados se operacionalizaron las variables siguientes:

El índice de masa corporal es uno de los métodos para

VARIABLE	ESCALA	DESCRIPCION DE LA ESCALA
Edad años	Menos de 59 60-69 70-79 80 y más	Según encuesta
Sexo	Femenino Masculino	Según sexo biológico de pertenencia.
Gravedad de la afección, Hipertensión Arterial.	Expresada en milímetros de mercurio (mm Hg)	Según clasificación
Tipo de afección sistémica.	Diabetes Mellitus Tipos: compensada descompensada	Según encuesta o el criterio seleccionado.
Intensidad de la Afección, Obesidad.	Normopeso Sobrepeso Obesidad Bajo peso	Según clasificación
Deterioro Cognitivo	Ligero Moderado Severo	Según Minimental-Test.
Encuesta	Técnicas Cualitativas	Según encuesta el criterio escogido por el equipo adecuado.

clasificar la obesidad (IMC) se calcula a partir de los datos de peso y estatura, y es independiente de la edad y el sexo. (Ver anexo).

Técnicas y Procedimientos de obtención de la información:

Revisión Bibliográfica

Historia Clínica

Entrevistas a pacientes

Consultas a expertos.

Elaboración y análisis de la información:

Se utilizó como medida resumen para las variables cualitativas y las distribuciones de frecuencias de variables cuantitativas, el Porcentaje.

Se confeccionó una base de datos y se procesó la información mediante la hoja de cálculo Excel.

La información se presentó en tablas y gráficos estadísticos y el informe se elaboró con el procesador de texto Word.

Resultados:

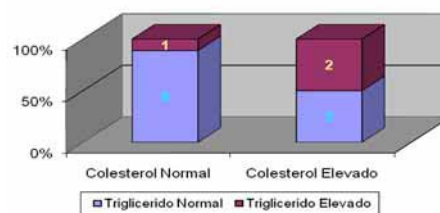
Los resultados son expresados en gráficos en total de cinco y uno restante representando el comportamiento de los síndromes psiquiátricos mediante el Minimental - Test.

El gráfico No. 1 muestra que hubo una distribución porcentual mayor en el grupo de edades de 70-79 años y existe un grupo representado por 80 años y más, el gráfico No. 2 representa la distribución por sexo, predominando el masculino, el gráfico No. 3 la hipertensión arterial estuvo presente como diagnóstico único y asociada a DM-2 y sin diagnóstico sólo 7 pacientes. En el Gráfico No. 4 se observa la relación de las entidades

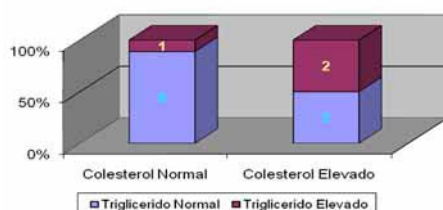
Diagnósticos y su relación con el peso



Colesterol y Triglicéridos



Colesterol y Triglicéridos



clínicas con el peso corporal, donde es evidente el aumento porcentual en la asociación de HTA y DM-2 con la obesidad; el Gráfico No. 5 muestra la relación lipídica colesterol-triglicéridos.

Discusión de los Resultados.

Hoy en día la tríada HTA, obesidad y diabetes mellitus se ha convertido en una preocupación de primer orden para el mundo. La incidencia de la morbilidad en estas afecciones es de vital importancia sobre todo en las enfermedades cardiovasculares, cuya cifra asciende a 148 millones de personas afectadas. A un ritmo vertiginoso ocurre con la obesidad -más de 20 millones por año-. Los países europeos exhiben cifras de prevalencia incrementada en 10 años de 10 a 40 %. En Cuba las cifras se han elevado, tanto el sobrepeso como la obesidad, 30.6 % y 11.8% respectivamente, en la población adulta y la diabetes, representada en el mundo por 16 millones de enfermos (OMS-2004) (7) Relacionado con estos hallazgos epidemiológicos se observan puntos comunes en nuestro estudio en la Asociación de HTA y DM con Obesidad; hubo un aumento porcentual de dicha asociación, todo lo cual constituye un factor de riesgo que sirve de retroalimentación a la cardiopatía isquémica, a las enfermedades vertebrovasculares, al síndrome metabólico y otras afecciones frecuentes en el adulto mayor (8, 9, 10).

Los factores de riesgo como la hipertrigliceridemia, la hipercolesterolemia, hiperglucemia e hipertensión arterial juegan un papel muy significativo en la patogenia de la obesidad relacionadas todas con la edad y constituyen el medio propicio para que se desencadene la cascada que constituye el Síndrome metabólico que integran los mecanismos por los cuales la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina determinan la aparición de la diabetes y la aterosclerosis (9) (11).

La diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular que favorece la aparición de una lesión

endotelial, fundamentalmente en la fisiopatología de la cardiopatía isquémica además, participa de forma muy activa en la evolución de ella, unida a la constelación de factores de riesgo cardiovascular que tienen como finalidad ocasionar la aparición de la lesión endotelial, que está subyacente en la inmensa mayoría de los adultos mayores tributarios de este evento coronario (12). En nuestro estudio se observan la asociación de hipertensión arterial con diabetes mellitus y obesidad, sin embargo, hay pocos estudios orientados a valorar el carácter de factor de riesgo de la hipertensión arterial en la población anciana.

A partir de los estudios de Framingham (12, 13,14) - y otros-, también en adulto mayor y ancianos se ha demostrado que las complicaciones cardiovasculares guardan una relación directa con las cifras de la tensión arterial, así como con los años de evolución de la hipertensión. El grupo de edad de la serie en cuestión señala la importancia del contenido de factor de riesgo asignado a la HTA, con un aumento en la asociación entre ésta y diabetes en pacientes obesos en estas edades (15,16,17). Si unido a estos factores de riesgo se tiene en cuenta que el 80% de los ancianos padece de enfermedades crónicas, los resultados obtenidos en la presente investigación sirven como factor predictor a tener en cuenta para llevar a cabo estrategias encaminadas a fortalecer los programas vigentes en la mejoría de la calidad de vida de la población adulta mayor, asegurando una longevidad satisfactoria (4), considerada como una condición de máxima expansión posible de la vida en condiciones de salud y bienestar que les permita satisfacer sus expectativas personales y lograr su plena adaptación al medio en que se desenvuelven (18).

Sin embargo, la Gerontología actual es la expresión del carácter fisiológico del proceso de envejecimiento humano y la propuesta de medidas encaminadas a mantenerlo dentro de los cauces de dicha fisiología; mientras que la bioética puede ser considerada como un nuevo paradigma cultural en proceso de conformación, de carácter humanista y proyección global, orientado hacia redimensionamiento ético de la actividad y correspondientes relaciones sociales que afectan la vida en el planeta y consecuentemente la vida y el bienestar del hombre (19,20).

En el momento actual, para valorar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el paciente psicogeriatrico, hay autores que incluyen en su clasificación cinco síndromes diana. Estos son: Síndrome

Tabla No. 1

Clasificación de la Presión Arterial para Adultos de 18 años o más.

CATEGORIA	SISTOLICA mmHg		DIASTOLICA mmHg
Optima	Menos de 120	y	Menos de 80
Normal	Menos de 130	y	Menos de 85
Normal alta	130- 139	o	85-89
Hipertensión			
Estadio I Discreta	140-159		90-99
Estadio II Moderada	160-179	o	100-109
Estadio III Severa	180-209	o	110-119
Estadio IV Muy severa	210 y más	o	120 y más

Tabla No. 2

Clasificación del sobrepeso en adultos según el índice de masa corporal.

Clasificación	Índice de Masa Corporal (Kg/m2)
Intervalo Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	>_ 25.0
Preobeso	25.0 -29.9
Obeso Clase I	30.0 – 34.9
Obeso Clase II	35.0 -39.9
Obeso Clase III	>_ 40

Tabla No.3

Índice de Masa Corporal IMC:
Se calcula por medio de la siguiente fórmula
$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m2)}}$$

Kg. de peso corporal con mínimo de ropa
y estatura medida en metros, descalzo.

Confusional agudo (delirio) Depresivo, Ansioso agudo, Psicótico agudo y de Insomnio (21) ahora bien, independientemente de estos, se considera imprescindible tener en cuenta el Síndrome demencial, ya que el mismo constituye un diagnóstico diferencial de primer orden en estos pacientes.

El Minimental es una poderosa herramienta que nos sirve para detectar el deterioro cognitivo que presentan estos pacientes, como se observa en nuestra serie, donde hubo un total de 15 ancianos con deterioro cognitivo, así como que los síndromes psiquiátricos más frecuentes fueron el depresivo- ansioso y el demencial (22) varios estudios han evidenciado la asociación entre edad avanzada y declive cognitivo; se calcula que aproximadamente una de cada 3 personas mayores de 80 años presenta deterioro cognitivo clínicamente asintomático (22,23).

Tabla No.4

Consentimiento Informado

Pacientes	CI: Adecuado	CI: Inadecuado
1-		X
2-		X
3-		X
4-	X	
5-		X
6-	X	
7-	X	
8-	X	
9-		X
10-		X
11-		X
12-		X
13-	X	
14-	X	
15-		X
16-		X
17-	X	
18-	X	
19-	X	
20-	X	
21-	X	
22-	X	
23-		X
24-	X	
25-		X
Total	13	12

El Mini Mental State Examination (Mini Examen Cognitivo) registrado y aprobado en el DSM IV, es un test validado para el anciano, que se aplicó con el objetivo de descartar la presencia de elementos demenciales en las 40 personas evaluadas.

El consentimiento informado es un proceso gradual, basado en una adecuada relación médico-paciente, en el que este último recibe del médico la información suficiente y comprensible, para poder participar en la toma de dediciones en lo referente a diagnóstico, tratamiento e investigaciones. La información en exceso o defecto no cumple el objetivo, por lo que se debe individualizar cada caso para evitar caer en una iatrogenia.

El consentimiento informado es, ante todo, un documento legal que debe ser confiable, veraz, e íntimo. No se trata de una simple relación informativa ni de absolutizar el principio de autonomía: Es ayudar al enfermo a tomar las decisiones que más lo ayuden a recuperar su salud. Este es el ejercicio pleno de la libertad por parte del enfermo sobre la base de dos factores equivalentes: información y competencia.

Si se quisiera definir en pocas palabras el consentimiento informado, se puede considerar como un acto voluntario, realizado libremente por un sujeto competente, con base en los siguientes aspectos:

1 Información adecuada, basada en una competencia individual y de forma progresiva.

2 Competencia del sujeto para recibir y procesar la información y tomar decisiones.

3 Elementos de consentimiento considerados como conformidad de voluntades entre actuantes, deriva de la autonomía del enfermo pero se enriquece con la comprensión, el afecto, la solidaridad y el razonamiento científico del médico. (24,25)

A este acto se llega a través de un proceso con varios factores y etapas, donde la persona tiene que ser compatible con los derechos de la persona y este dar su consentimiento con las siguientes condiciones:

>Ha sido dado con el derecho natural

>No hay ignorancia, error o dolo

>Si la persona tiene competencia para otorgarlo

>Si no conculcan los derechos de un tercero

Se les practicó una encuesta diseñada para este fin.

De la muestra total, solo 25 pacientes fueron encuestados por no presentar síndromes demenciales; de ellos 13 tuvieron respuestas adecuadas según la escala. No obstante, se insiste en la necesidad de fomentar los Comités de Ética Clínica y de Investigación en todas las unidades sanitarias para una mejor aplicación del Consentimiento Informado.

Conclusiones

1. El mayor porcentaje de pacientes estuvo representado por la asociación de Obesidad con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial.

2. El Consentimiento informado obtuvo el mayor porcentaje de respuestas adecuadas.

3. No hubo concordancia entre pacientes con deterioro cognitivo y síndromes psiquiátricos.

Bibliografía:

- Drane JF Metodología de la Ética Clínica. Boletín Oficina Panamericana 1990, 108: 5-6.
- Barrios Osuna I. Pensamiento Médico y Ética Clínica Contemporánea. En: Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. Edit. C. Médicas 2006, 1: 165-73.
- Beauchamp TL, Childress. JF Principles of Biomedical Ethics, Oxford University, Press, New Cork, 1989: 67 y 121.
- Cabo Soler JR. Dieta y Longevidad saludable. Rev. Alimentación, Nutrición, Salud. 2007, 14 (2): 47-58.
- Silva EA, Flexa F, Zanella MT Obesidad Abdominal, Asistencia a la Insulina e Hipertensao: Impacto sobre a Massa e a Funcao do Ventrículo Esquerdo em Mulheres. Sociedad Brasileira de Cardiología 2007, 89 (2): 86-91.
- Merk. Diabetes Mellitus Tipo 2 y Trastornos del Metabolismo de los Hidratos de Carbono. En: Merck Manual. Tomo V Undécima Edición. 2005, pp. : 1390-94.
- Carrillo O, Figueroa V, Lama J. Prevalencia y Tendencias Mundiales de la

Obesidad y el Sobrepeso. En: Obesidad o Salud usted Elige. Proyecto Comunitario. 1era Edición. 2006, 1: 1-4.

Savitz SI, Caplan LR Vertebrobasilar disease. N Engl J. Med 2005. 352: 2618-26.

Ghosh J, Weiss M, Kay R. et al. Diabetes Mellitus and coronary artery disease: therapeutic considerations. Heart Dis. 2003, 5: 119-23.

Susan Z. Yanovski for Obesity- Promise and Uncertainty. The New England Journal of Medicine. November 17, 2005, 353 (20): 2187-89.

Aguiar Sabinas C, Cañizalez Quintero S. et al. Colaboraciones exitosas en tres instituciones mexicanas en el estudio de las dislipidemias, la obesidad y la diabetes. GAC Méd Mex 2007, 1 (143): 355-64.

Meigs JB, O'Donnell CJ, Toffler GH. Et al. Hemostatic Markers of endothelial dysfunction and risk of incident type 2 diabetes: Framingham Offspring Study, Diabetes 2006, 55: 530-7.

Ribera JM. Europa: prevalencia de la hipertensión arterial en el anciano, con especial énfasis en el grupo de mayores de 75 años Hipertensión 1990, 7: 32-6.

Lindholm. L. Hypertensions and its risks in the aged in Dalby, Sweden. En: Cuervo CA, Robinson BA, Sheppard HL, editors Geriatric Hypertension. Tampa: University of South Florida. 1989, 135-9.

Godoy A. Epidemiología de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones no coronarias Rev. Cardiol, 2002, 55 (6) 657-70.

Fabio Abbasi B, William Brown JR, Lamendola Cindy et al. Obesity, Diabetes and Herat Disease. Journal of the Amercian College of Cardiology, 2002, 40 (5):938-43.

Uribe Londoño F. Obesidad. Actualización en Medicina Interna. 1era Edición Printed and made en Colombia. Univ. Antioquia, 2000, 1: 269-79.

Sánchez Ayendez M. El grupo social Informal. En: Atención de los Ancianos: un diseño para los años noventa. Cap. V, 1994, 1: 360-67.

Guillén Llera F. Salud y Envejecimiento. Conceptos básicos. Rev. Geriatr Gerontol 1995, 30 (1): 3-10.

Pérez Cárdenas E, Flores Rodríguez J. et al. Ética Médica y bioética. Perspectiva filosófica en: Lectura de Filosofía, Salud y Sociedad. Colectivo de Autores. 2006, 1: 141-50.

Huertas D. Psicopatología-diana en el anciano hospitalizado. Psicogeriatría de enlace: En: Síndromes Psiquiátricos diana. Actas Dic. 2005, (3): 63-65.

Aranjo Mejías S, PH D (1) Miguel Alejandro, J et al. Deterioro Cognitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Rev., Salud Pública México. 2007, 49 (4): ISSN.0036-3634.

González García P, Fontecha Gómez B et al. Deterioro Cognitivo leve un paso intermedio entre la normalidad y la enfermedad de Alzheimer Rev. Española de Geriatria y Gerontología, julio 2000, 35 (33): 1-72.

Roger R, Martin T, Castro Notorio C, et al. Consentimiento Informado, Reflexiones. Bioética. Juan Pablo II .2002, (1): 1-12.

Montenegro Suris A. Monreal Agüero ME. El procedimiento del consentimiento Informado para los ensayos clínicos. Sus requerimientos, evolución y situación actual en Cuba. Rev. Bioética. 2003; 4(2): 9-11.

Agradecimientos:

Dr. Juan Coro González Fumero.

Dra. Julia Coro Riverón.

¹ Médico, Profesor Titular Consultante de Medicina Interna, Doctor en Ciencias Medicas. Máster en Bioética.

² Médico, Especialista 1er grado en psiquiatría

³ Licenciada en Psicología.

Estudio realizado en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico General Freyre de Andrade y el Hogar de Ancianos Gómez Gendra, de la ciudad de La Habana.