

Algunos aspectos del bienestar biosicosocial trascendente espiritual en geriatría. Un resumen bibliográfico y clínico bioético

Dr. Sergio Toscano Islas,* Tte. Cor. MC Alberto Amor Villalpando**

Justificación. El presente trabajo se refiere a la justificación farmacológica, clínica y bioética, de la administración prolongada de bromacepam a 150 pacientes geriátricos durante más de un año.

Diagnóstico. Se realizó con enfermos que presentaban angustia generalizada. En un estudio que duró más de diez años en enfermos que provenían de la policlínica y del consultorio particular.^{1,6}

Proponiéndose que la necesidad de los tratamientos prolongados consecutivos a diferencia del metabolismo del ácido gamma amino butírico (GABA) a consecuencia del envejecimiento, más no como dependencia del fármaco. En la actualidad el psiquiatra ve más de estos pacientes debido a la prolongación de la vida, y por lo mismo los cuadros de desequilibrio emocional por desgaste¹⁰ son más frecuentes, propiciando el *uso prolongado de medicamentos*, siendo un dilema bioético que obliga a reflexionar sobre la etiología, tratamiento y pronóstico de los mismos, y la ética de la conducta médica para hacer justicia al enfermo geriátrico,⁹⁻¹¹ procurando un mejor nivel de vida (teoría filosófica personalista).

Para el desarrollo del tema lo dividiremos en: cuadro clínico, farmacología, tratamiento y evolución.

Cuadro clínico. De acuerdo con el D.S.M. III-R² los trastornos de ansiedad generalizada (expectación aprensiva) giran en torno a dos o más circunstancias vitales, por ejemplo: preocupación excesiva por la desgracia de alguno de los hijos (quien no se haya en peligro ostensible) o preocupación mayor por asuntos económicos (situaciones vitales) sin que se justifique del todo. Es importante comprobar que el trastorno ha durado por lo menos seis meses o más, durante los que el individuo ha estado preocupado por estos problemas la mayor parte de los días.

Con bastante frecuencia el cuadro se asocia con *depresión* lo cual lo complica, ya que en esta época de la vida son frecuentes los factores desencadenantes de la misma. Pero

aquí sólo nos referimos a la parte ansiosa. En realidad se está buscando el principio bioético de dignidad del paciente geriátrico.^{10,11}

Evolución. Durante la evolución de la enfermedad, se pueden presentar los siguientes síntomas:^{1,6}

— Trastornos de ansiedad generalizada y tensión motora manifestada por:¹

1. Temblor, contracciones o sacudidas.
2. Tensión o dolor muscular.
3. Fatigabilidad excesiva.
4. Hiperactividad.
5. Falta de aliento o sensación de ahogo.
6. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.
7. Sudoración o manos frías y húmedas.
8. Boca seca.
9. Mareos o sensación de inestabilidad.
10. Náusea, diarrea u otros trastornos abdominales.
11. Disnea y escalofrío.
12. Micción frecuente.
13. Dificultades para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta.
14. Hipervigilancia o estado de alerta. Sentirse atrapado o al borde de un abismo.
15. Exageración de la respuesta de alarma.
16. Dificultad para concentrarse o episodios en que la mente se queda en blanco debido a la ansiedad.
17. Dificultades para dormir o para mantener el sueño.
18. Irritabilidad.

Etiología. Hay que aclarar que no se ha encontrado que lo anterior esté ligado a un hipertiroidismo o a intoxicación por cafeína y otros padecimientos.

En síntesis: son cuadros clínicos muy aparatosos, dolorosos, que *disminuyen intensamente la calidad de vida*, la de la familia y/o del segmento social donde el paciente se mueve.^{1,8}

En la persona enferma de alguna manera se pierden los principios fundamentales de la Bioética siguientes:^{1,6}

1. El principio de la defensa de la vida física.
2. El principio de la libertad y de la responsabilidad.
3. El principio terapéutico o de totalidad de la persona.
4. El principio de la socialidad o el de subsidiariedad.
5. El principio fundamental de beneficencia (el bien del paciente).
6. El principio de autonomía del paciente.
7. El principio de justicia y derechos humanos.

* Psiquiatra. Paidopsiquiatra. Psicoanalista. Catedrático. Investigador. Autor. Recertificado por el Consejo Nacional de Psiquiatría.

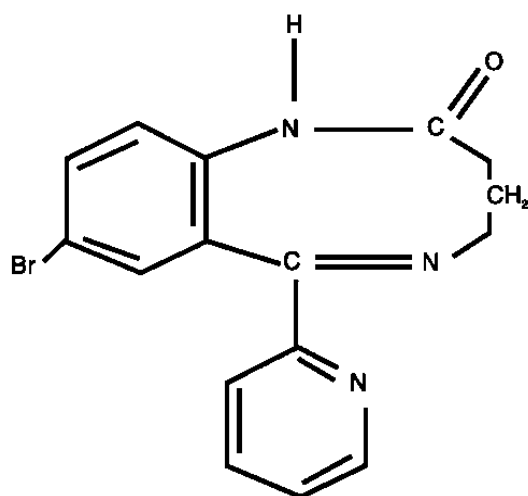
** Diplomado y Maestría en Bioética. Universidad Anáhuac. Premio de Docencia "Dr. Alberto Amor V." de la Confederación Nacional de Pediatría de México. Presidente Honorario Vitalicio de la Asociación Mexicana de Profesores de Pediatría, A.C., Certificación de Honor en Pediatría. Profesor Titular de Bioética y Derechos Humanos en la Escuela Médico Militar.

8. El principio perdido por el paciente de una conciencia recta.
 9. El principio de una opción fundamental en su derecho a la vida.
 10. El principio del consentimiento libre e informado (no lo capta).
 11. El principio de legítima cooperación.
 12. El principio de la dignidad de la persona humana.
 13. El principio del crecimiento personal a través del sufrimiento.
- Por lo tanto, el Psiquiatra y el Bioeticista deberán atender con todo esmero a los pacientes geriátricos de este tipo.^{1,6}

Farmacología:

Bromacepam

— Estructura química de relación anátomo-patológica.^{3,4}



Es un ansiolítico que actúa en el sistema límbico (núcleo amigdalino e hipocampo) o centro de las emociones del S.N.C. También tiene acción sedante, miorrelajante y anti-convulsiva a dosis altas, ya que estimula el tálamo, hipotálamo, corteza y tallo cerebral.

La acción del bromacepam es específica del S.N.C. el sitio es el de las sinapsis gabaérgicas: actúa ligándose a la molécula de ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la membrana post-sináptica, ocasionando una mayor apertura de los canales clónicos y una mayor hiperpolarización de la misma, impidiendo así una estimulación del sistema límbico disminuyendo la ansiedad, angustia, fobias, problemas psicósomáticos, insomnio y todos aquellos problemas aledaños.

En las figuras 1 a 4 se explica la estructura de relación patológica.

GABA: principal neuroinhibidor del S.N.C.

Bromacepam aumenta la eficiencia del GABA.

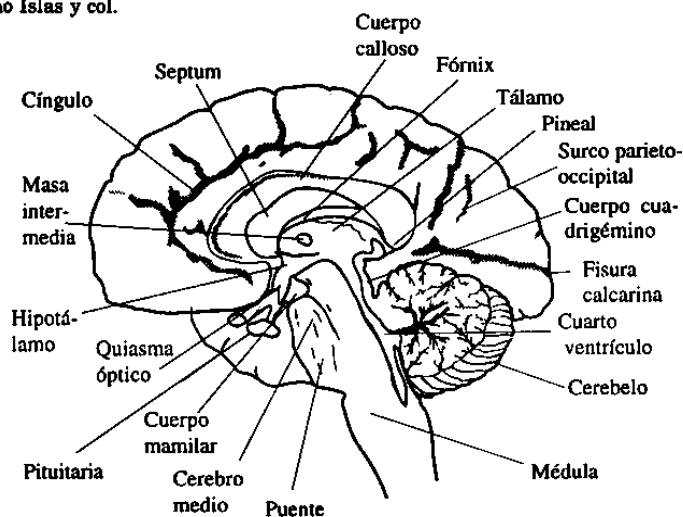


Figura 1. Corte cerebral sagital medio.

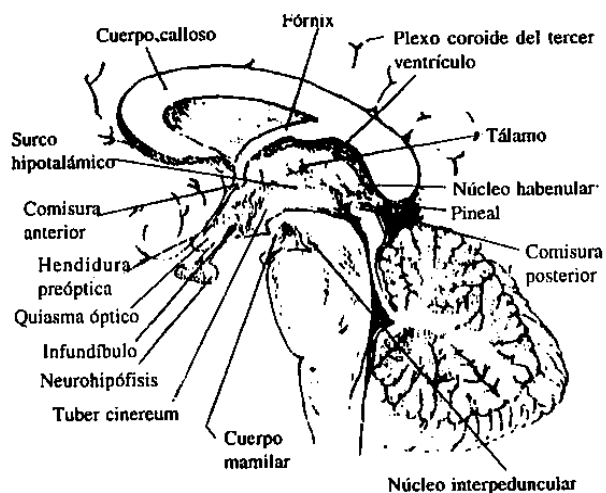


Figura 2. Estructuras anátomo-patológicas más centrales del cerebro.

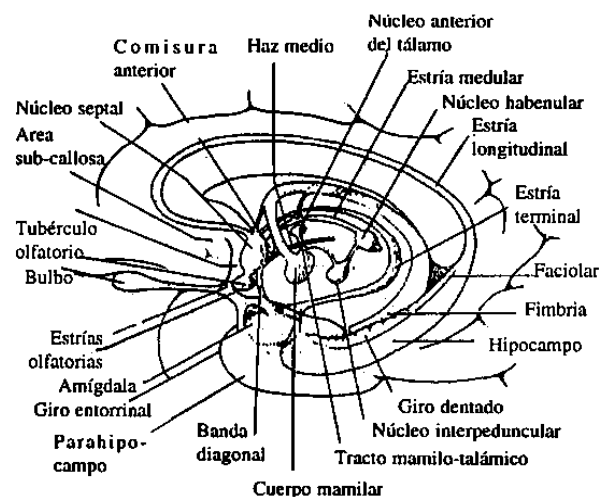


Figura 3. Estructuras encefálicas del rinencéfalo.

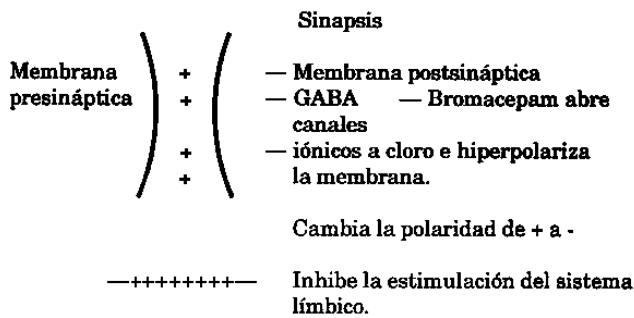


Figura 4. Sinapsis

¿Cómo?^{3,7,8}

¿Aumenta la síntesis?

¿Aumenta la eficacia?

¿Disminuye la degradación?

¿Lo substituye?

Lo que sabemos a ciencia cierta es que modifica el receptor A.GABA en el sitio de las benzodiazepinas.

La concentración plásmica se alcanza entre 1 y 2 horas después de la ingesta. Su biodisponibilidad es de 84%.

Se metaboliza en el hígado principalmente y los metabolitos se eliminan en forma conjugada con la orina. Su vida media es de 10 a 20 horas. Siendo más prolongada en ancianos.

Esta sustancia se une a las proteínas plásmicas en un 70%.

Tratamiento. La dosis promedio es de 9 mg x 24 horas frecuentemente hay que hacer ajustes, así tenemos que a:

La evolución en el tratamiento con bromacepam es el siguiente:

Puede suceder que se presenten las siguientes situaciones:

a) Falta de medicamento, entonces: perdurará el cuadro clínico.

b) El exceso de dosis causa: somnolencia, laxitud y ataxia.

c) Si la dosis es adecuada: la dosis terapéutica deberá ser de ajuste individual y en ese caso se provocarán las siguientes situaciones:

— El cuadro angustioso remite.

d) La disminución de la dosis provoca una regresión del cuadro clínico.

Nota: Hasta la fecha no se ha comprobado la necesidad de aumentar la dosis efectiva, una vez establecida y debe retirarse, cuando sea necesario, gradualmente. Esta conducta médica es producto de la experiencia clínica personal.⁶

Conclusiones. a) Etiología. Las causas que provocan esta situación clínica desastrosa tienen que ver con factores fisiopatológicos, psicodinámicos, sociales y de principios y valores bioéticos.^{11,12}

Entre los primeros tenemos el envejecimiento, éste produce desgaste en el equilibrio de los neurotransmisores;

aquí hablamos del GABA que es el que estabiliza algunas funciones cerebrales, dando la tranquilidad. Cuando disminuye o falta, se presenta el caos conductual.

También hay que considerar las aminas biogénicas, si éstas aumentan viene la excitación, el descontrol. b) *Con lo anterior deriva la estabilidad del paciente*, donde empieza el desajuste del mismo, estamos por saberlo. c) Hecho el diagnóstico hay que *establecer* el tratamiento farmacológico, psíquico, social y bioético. d) *El tratamiento:* Farmacológicamente es el bromacepam lo ideal, no hay problema en cuanto al tiempo requerido, se maneja, con seguridad, al grado que los requerimientos de evaluación en sangre son mínimos. En un muestreo de los Laboratorios del Instituto Nacional de Neurología y los del Hospital Fray Bernardino Alvarez, fuimos informados que por una parte las solicitudes para estas pruebas son raras y escasas y las variables químicas son casi imperceptibles; estamos hablando de cantidades óptimas de 10 a 50 nanogramos, es decir, de 10 a la menos 6 por gramo o sea, menos de un miligramo.

Por otra parte no hay *síntomas de abstinencia*, como: sudoración, convulsiones, exigencia por el medicamento, o de la elevación de la dosis.

Comentario final. Al controlar el cuadro clínico de inmediato se restablece la calidad de vida y el paciente maneja bien sus principios¹¹⁻¹³ y valores bioéticos automáticamente, clínicamente estamos en lo correcto. Sin embargo, nos queda la duda, de si el paciente se vuelve *adicto al medicamento*. Nosotros insistimos en que no hay farmacodependencia clínicamente demostrable, sino una aportación medicamentosa a la deficiencia del mismo, en virtud del equilibrio de los neurotransmisores ocasionados por la edad.

Además ahora hay la posibilidad de que el propio organismo no produzca las benzodiazepinas.^{3,7,8}

Otro ejemplo de lo anterior, es el caso de los enfermos de Parkinson en donde no se produce la DOPA y la solución es la administración de ésta, de por vida. De igual manera está sucediendo en el caso que estamos tratando.

Es muy importante informar a nuestro paciente geriátrico afectado, en la misma forma que en el caso del insulino-deficiente valiéndonos del razonamiento y de una buena relación médico-paciente, con "consentimiento informado" como está indicado por la Ley General de Salud y así también en los principios bioéticos. La familia debe ser informada demostrándoles la deficiencia que presenta su familiar, debido a su senectud y la necesidad de supervisión médica y bioética continuada.¹¹⁻¹³

Pensamos que este trabajo no resuelve todas las preguntas que pueden suscitarse en este padecimiento, sino plantea una hipótesis clínica y bioética que explican el padecimiento, la importancia de la estabilización del metabolismo del GABA, sus aspectos bioéticos y la falta de sustentación de las ciencias básicas que con el tiempo irán apareciendo a través de investigaciones posteriores.

Referencias

1. Experiencia recolectada en la consulta particular. Dr. Alberto Amor Villalpando. Dr. Sergio Toscano Islas.
2. D.S.M. III 3 Editorial Masson, S.A. 1987. American Psychiatric Association, Washington D.C. 1987:141-143.
3. Nicolini H. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Comunicación Personal, 1996.
4. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Sexta edición. Editorial Médica Panamericana. 1982:437-441.
5. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 39 Edición. Ediciones P.L.M. 1993:834.
6. Sergio Toscano Islas y Alberto Amor Villalpando. Experiencia Clínica Personal única, 1996.
7. Ruiz López I. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Comunicación Personal. Enero 1996.
8. Cruz Fuentes C. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Comunicación Personal. Enero 1996.
9. Dr. Fernando Cano Valle. Comisión Nacional de Bioética. I Congreso Internacional 3-6. La Bioética en la Práctica Médica, octubre 1994:43.
10. Dr. Aquilino Polaino. Manual de Bioética General. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, España. 1993,59-67:271-277.
11. Medicina y ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. 1995;4:475-479. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Universidad Anáhuac.
12. Medicina y ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. 1996/1. El consentimiento informado. Pág. 57. Universidad Anáhuac. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina.
13. P. Versperen. Punto de vista ético de los problemas del final de la vida. Editorial Brower, 1984.