

# V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

## PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL DE JAÉN

**Autor principal** EMILIA RODRIGUEZ COBO

**CoAutor 1** RAQUEL LENDINEZ ESPINOSA

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Mental

**Palabras clave** Síndrome Metabólico Riesgo Cardiovascular Enfermería de salud mental Trastorno Mental Grave

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

**Introducción:** El síndrome metabólico (SM) (conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la presencia de obesidad abdominal, dislipemia, hiperglucemia, e hipertensión arterial), es un gran reto para la salud pública mundial ya que supone un riesgo cardiovascular importante. Los pacientes con trastorno mental grave (TMG) son más propensos a sufrirlo que la población general.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de SM entre los usuarios de un dispositivo de salud mental (comunidad terapéutica de Jaén) todos ellos diagnosticados de TMG y la relación de éste con el peso.

**Método:** Estudio transversal en el que se incluyen a todos los usuarios ingresados en régimen de hospitalización completa y una muestra aleatoria en régimen de hospital de día. Se utilizaron las definiciones del programa Nacional de Educación en colesterol (NCEP-ATPIII) para determinar la presencia de SM y la clasificación de IMC de la OMS.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio un total de 25 pacientes. Hallándose una prevalencia del 36%, mayor en los hombres que en las mujeres y que se incrementa con la edad. El factor de riesgo más prevalente es la obesidad abdominal 72%, seguida de hiperglucemia y dislipemia. En cuanto al peso, todos los pacientes cuyo IMC es superior al normal (más de 24.9) presentan uno o más factores de riesgo de SM.

**Conclusiones:** Debido a la alta prevalencia, se hace necesaria la monitorización y control periódico de los factores de riesgo introduciendo cambios en los hábitos a y mejorar su calidad de vida.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

El SM se define como el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la presencia de obesidad de distribución central (abdominal, visceral), desregulación de glucosa o diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial y dislipemia aterogénica con descenso del colesterol HDL (cHDL) y elevación de los todos ellos diagnosticados de TMG y la relación de éste con el peso.

**Método:** Estudio transversal en el que se incluyen todos los pacientes hospitalizados en nuestra unidad y una muestra aleatoria en régimen de hospital de día. Se utilizaron las definiciones del programa Nacional de Educación en colesterol (NCEP-ATPIII) para determinar la presencia de SM y la clasificación de IMC de la OMS.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio un total de 25 pacientes, 14 de ellos hospitalizados y 11 en régimen de hospital de día. Hallándose una prevalencia del 36%, mayor en los hombres que en las mujeres y que se incrementa con la edad. El factor de riesgo más prevalente es la obesidad abdominal 72%, seguida de hiperglucemia y dislipemia. En cuanto al peso, todos los pacientes cuyo IMC es superior al normal (más de 24.9) presentan uno o más factores de riesgo de SM.

**Conclusiones:** Debido a la alta prevalencia, se hace necesaria la monitorización y control periódico de los factores de riesgo introduciendo cambios en los hábitos a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### 3.-ANTECEDENTES/ OBJETIVOS

El SM se define como el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la presencia de obesidad de distribución central (abdominal, visceral), desregulación de glucosa o diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial y dislipemia aterogénica con descenso del colesterol HDL (cHDL) y elevación de los triglicéridos. No se trata por tanto de una única enfermedad, sino de la asociación de problemas de salud que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo y cuya causa es la combinación de varios factores.

Los factores de riesgo relacionados con el SM son: factores relacionados con un estilo de vida inadecuado, con inactividad física, dieta hipercalórica y rica en sal, el tabaquismo y el uso de fármacos como antidepresivos, antipsicóticos, corticoides o antihistamínicos además de la predisposición genética.

El SM es hoy en día uno de los mayores retos para la salud pública a nivel mundial, entre otras razones porque incrementa significativamente el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes. Diversos estudios hablan de que existe un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar diabetes y se triplica el riesgo cardiovascular de tal forma, que hasta el 80% de las personas que padecen SM mueren por complicaciones cardiovasculares.

A esto hay que añadir la elevada prevalencia de este síndrome, que va en progresión ascendente en todo el mundo. Según el estudio MESYAS sobre población laboral activa española, sobre 7.256 trabajadores activos la prevalencia bruta fue de 10.2%. Otros estudios arrojan cifras del 22% para la población general y hasta un 41% en pacientes con cardiopatías.

La prevalencia de SM entre pacientes con diversas patologías mentales es notablemente superior a la existente entre la población general. En el estudio CLAMORS sobre factores de riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes con esquizofrenia, la prevalencia fue del 24.6%. Para el estudio CRESSOB sobre prevalencia de SM en pacientes con esquizofrenia y sobrepeso la prevalencia fue considerablemente más alta, 59.5%, lo que supone que los sujetos españoles con esquizofrenia y sobrepeso tienen el doble de riesgo de presentar SM.

En resumen, debido a las graves consecuencias de esta enfermedad y a su alta prevalencia entre la población con patología mental,

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se trata de un estudio transversal realizado en la Comunidad Terapéutica de Salud mental de Jaén, sobre prevalencia del SM en usuarios con TMG según criterios diagnósticos del NCEP-ATPIII y su relación con el peso.

En el estudio se incluyeron todos los pacientes ingresados en nuestra unidad en régimen de hospitalización completa, y una muestra aleatoria de pacientes atendidos en régimen de hospital de día, de un total de 35. Los datos se recogieron entre Noviembre del 2013 a Enero del 2014. Se incluyen en el análisis un total de 25 usuarios, 14 de ellos en régimen de hospitalización completa y 11 en régimen de hospital de día, de los cuales 15 son hombres y 10 mujeres, de edades comprendidas entre 21 y 50 años.

La recogida de datos se hace mediante una entrevista inicial donde se recoge: sexo, edad, talla, peso, perímetro abdominal y tensión arterial. El IMC se calcula según criterios de la OMS estableciéndose cinco subgrupos: Normopeso (IMC=18.50-24.99) Sobrepeso (IMC=25.00-29.99), Obesidad tipo I (IMC= 30-34.99), Obesidad tipo II (IMC= 35-40), Obesidad tipo III (IMC= > 40.00).

Posteriormente se hizo recogida de muestra de sangre en ayunas para determinar niveles de: Triglicéridos, Colesterol total, Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (cHDL), Colesterol de lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y Glucosa.

Tras la recogida de datos se realizó un análisis transversal para determinar la presencia de SM, utilizando la definición del programa Nacional de Educación en colesterol (NCEP-ATPIII), según el cual para diagnosticar un SM deben darse tres o más de los siguientes factores de riesgo.

Definición Síndrome Metabólico según criterios NCEP-ATPIII

Cuando aparecen tres o más de los siguientes factores de riesgo:

Obesidad Abdominal (Perímetro de cintura)

Hombres: > 102cm

Mujeres: > 88cm

Triglicéridos

Hombres: > = 150 mg/dl

Mujeres: > = 150 mg/dl

CHDL

Hombres: < 40 mg/dl

Mujeres: < 50 mg/dl

Presión Arterial

Hombres: > = 130/85 mmHg

Mujeres: > = 130/85 mmHg

Niveles de glucosa en ayunas

Hombres: > = 100 mg/dl

Mujeres: > = 100 mg/dl

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

De los 25 pacientes incluidos en el estudio, el 36% cumplen criterios de SM según el NCEP-ATPIII. Observamos mayor prevalencia en hombres (40%), que en mujeres (30%) y un incremento de ésta con la edad.

En el análisis individual de cada uno de los factores de riesgo, encontramos que el factor de riesgo más prevalente es la obesidad abdominal, que presentan 18 de los 25 usuarios, lo que supone un 72% del total, seguido de la elevación de los niveles de triglicéridos, que aparece en 10 pacientes y supone un 40%, descenso del cHDL 9 pacientes un 36%, e hipertensión arterial solo 2, lo que supone un 8%. En cuanto al Colesterol total aparecen niveles elevados en 15 pacientes lo que equivale al 60%.

Estudios previos publicados, determinan que el peso junto con la edad son los factores de riesgo más importantes asociados a la prevalencia de SM. Nos planteamos establecer la relación entre el peso y el resto de factores de riesgo de SM según ATPIII.

Siguiendo criterios de la OMS para determinar el IMC (Tabla III), el 84% de los pacientes en estudio tuvieron un IMC por encima del normal (IMC > 24.99), de ellos el 36% presentan sobrepeso (IMC= 25.00-26.99), el 32% obesidad tipo I (IMC= 30.00-34.99), el 8% obesidad tipo II (IMC= 35-40) y 8% restante obesidad tipo III (IMC > 40.00). Solo el 4% de los pacientes tuvieron un IMC normal y ninguno bajopeso.

En cuanto a la relación entre peso y SM, cabe destacar que todos los pacientes que cumplieron criterios de SM según ATPIII tuvieron un IMC superior al 24.99 (IMC normal). De igual forma todos los pacientes con sobrepeso u obesidad, aunque no cumplieran criterios de SM según ATPIII, si presentaron al menos uno o más factores de riesgo de SM.

En cuanto a los pacientes con normopeso, que fueron el 16%, ninguno de ellos cumplió con criterios diagnósticos de SM y además en todos ellos se da la peculiaridad de no presentar ningún factor de riesgo de SM según ATPIII.

En resumen, en nuestra unidad existe una alta prevalencia de SM (36%) que además está estrechamente relacionada con el sobrepeso y obesidad, por lo que se hace necesario continuar con la monitorización y control periódico de los factores de riesgo (sobrepeso, hiperglucemia, hipertensión y dislipemias aterogénicas), introduciendo cambios en el estilo de vida de nuestros usuarios, como el aumento de la actividad física, ingesta de dieta equilibrada en cuanto a cantidad y calidad de nutrientes o abandono del hábito tabáquico, a fin de poder prevenir las graves

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

El conocimiento de la existencia de una alta prevalencia de SM entre la población usuaria de nuestra unidad, permite poner en marcha medidas de control de factores de riesgo cardiovascular, programas de divulgación y sensibilización del SM, lo que se debe traducir en una mejor y más segura salud física de los usuarios de nuestra unidad.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Tras los resultados de este análisis, la siguiente línea de investigación sería hacer un análisis comparativo de la prevalencia del SM tras la implementación de intervenciones estructuradas, las cuales incluyan cambios en los estilos de vida como programa de actividad física, control de dieta y peso y abandono del hábito tabáquico.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

1.- Gutiérrez-Rojas L, Aranza J.R; Bernardo M; Rojo L, Mesa F; Martínez-Ortega J.M.

Prevalencia del Síndrome Metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. Estudio CRESSOB.

Actas Esp Psiquiatr 2014; 42(1): 9-7.

2.- Saiz-Ruiz J; Bobes J; Vallejo J; Giner J>; García-Partilla MP.

Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de la Sociedad Española de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica.

3.- Rojas Gutiérrez J; Aranda P; Arango C; Bobes García; Carmena R; García García M.

Estudio CLAMORS

INV. Clin. Farm. 2004, vol. 1 (4) : 13-23.

4.-Duran Jiménez FJ; Gómez Fdez. F; Escobar Ruiz MJ; Mayoral Cleries F.

Síndrome Metabólico en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y atención enfermera de salud mental.

Rev. Presencia 2008 Jul-dic, 4 (8)