



Original/Síndrome metabólico

Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar

Paloma Muñoz-Calero Franco, Blanca Sánchez Sánchez, Natalia Rodríguez Criado, Berta Pinilla Santos, Sandra Bravo Herrero, José Fernando Cruz Fourcade y Rubén Martín Aragón

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España.

Resumen

Introducción: los pacientes con patologías mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar fallecen de media 20 años antes que la población general. La muerte por problemas cardiovasculares es la primera causa de fallecimiento, a pesar de la introducción de estrategias para el control de dichos factores de riesgo.

Objetivos: analizar el porcentaje de pacientes con índice de masa corporal elevado, síndrome metabólico y riesgo cardiovascular diagnosticados según los criterios diagnósticos DSM-IV de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario de Móstoles de noviembre de 2014 a junio de 2015 por descompensación de su patología.

Metodología: en 53 pacientes, 34 con diagnóstico de esquizofrenia, 16 con diagnóstico de trastorno bipolar y 3 con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se tomaron mediciones de peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial. Se realizó también analítica de ingreso, se incluyó determinación de glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol total y colesterol HDL.

Se utilizó también la historia clínica para conocer los hábitos tóxicos de los pacientes y su estilo de vida, y se calculó el índice de masa corporal de los pacientes.

Posteriormente fueron utilizados los criterios ATP III para síndrome metabólico y los de Framingham para calcular el riesgo cardiovascular a los diez años de los pacientes.

Resultados: la muestra está compuesta por un 51% de varones y un 49% de mujeres, con una mediana de edad de 40 años. El 38% de los pacientes presentaron sobrepeso, el 22% obesidad y el 4% obesidad mórbida.

METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, BIPOLAR DISORDER AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER

Abstract

Introduction: patients with severe mental illness such as schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder die at least 20 years earlier than general population. Despite preventive strategies, cardiovascular disease is the first cause of death.

Objectives: analyse the percentage of patients with a high body mass index, metabolic syndrome and their cardiovascular risk at 10 years in patients with a diagnosis, based in DSM-IV criteria for schizophrenia, schizoaffective disorder or bipolar disorder.

These patients were hospitalized because and acute condition of their mental illness in the Brief Hospitalization Unit of Hospital Universitario de Móstoles between November of 2014 and June of 2015.

Material and methods: in 53 patients, 34 with a diagnosis of schizophrenia, 16 with a diagnosis of bipolar disorder and 3 with a schizoaffective disorder, weight, size abdominal perimeter measures and blood pressure were collected.

The body mass index was assessed.

Blood tests were taken and we use sugar, triglycerides, total cholesterol and HDL cholesterol levels as parameters for the ATP III and Framingham criteria.

We also review the clinical history of the patients and lifestyle and use of toxic substances were registered.

Results: 51% of the patients were men and 49% were women. The average age was 40. 38% of the patients were overweighted, 22% obese and 4% had morbid obesity.

Correspondencia: Paloma Muñoz-Calero Franco.
Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.
E-mail: paloma_mcf@hotmail.com

Recibido: 29-VII-2015.

Aceptado: 11-IX-2015.

En cuanto a la presencia de síndrome metabólico, el 26% de los pacientes lo presentan según los criterios APT III; la mayoría de estos presentaban años de evolución de enfermedad y de tratamiento con psicofármacos.

El 11% de los pacientes presenta un riesgo cardiovascular mayor del 10% en los próximos 10 años.

Conclusiones: el estilo de vida, las desigualdades en el acceso a la salud, el curso de la enfermedad y la toma de psicofármacos en los pacientes con trastorno mental grave favorecen el sobrepeso y sus consecuencias derivadas. Las estrategias diseñadas para promover la salud física de estos pacientes en el sistema sanitario español son insuficientes.

(*Nutr Hosp.* 2015;32:2715-2717)

DOI:10.3305/nh.2015.32.6.9951

Palabras clave: *Síndrome Metabólico. Trastorno mental grave.*

Introducción

La esperanza de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo disminuye unos 20 años de media¹. Las causas principales son la mala salud física y la enfermedad cardiovascular^{2,3}. La prevención primaria y la intervención secundaria precoz son esenciales para modificar su evolución, sin embargo, las personas con enfermedad mental grave tienen menos acceso a los servicios de atención médica y si consultan tienen menos probabilidad de que se realicen actividades preventivas en relación a los factores de riesgo cardiovascular, además en los servicios de atención psiquiátrica, no se suele prestar atención a su salud física.⁴

El mal estado de salud indica una gran disparidad en el acceso a los recursos en comparación con cualquier grupo poblacional.

Las personas con estos diagnósticos suele tener un estilo de vida poco saludable y sedentario, con altos niveles de ingesta calórica, tabaquismo y consumo de otros tóxicos.⁵

Los factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y dislipemia tienen una elevada prevalencia en este grupo poblacional y podrían mejorar con una actividad física regular.⁶

Material y Métodos

Durante un periodo de 8 meses recopilamos datos de pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Universitario de Móstoles por descompensación de su patología de base. Los 53 pacientes de los que recogimos datos tienen un diagnóstico de Esquizofrenia o Tr. Esquizoafectivo o Tr. Bipolar.

Se tomaron mediciones de peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial. Se realizó también analítica de ingreso se incluyó determinación de glucosa

26% of the patients had metabolic syndrome, the clinical evolution of the majority of these patients was of more than 10 years and they also have been treated with different antipsychotics and antidepressants.

Using the Framingham criteria, 11% of the patients had a cardiovascular risk higher than 10% in the next 10 years.

Conclusions: overweight and its consequences in patients with a severe mental illness are intimately related with their lifestyle, disparities in the access to health resources, the clinical evolution of the disease and pharmacotherapy.

Strategies to promote physical health in these patients in the Spanish health system are insufficient.

(*Nutr Hosp.* 2015;32:2715-2717)

DOI:10.3305/nh.2015.32.6.9951

Key words: *Metabolic syndrome. Severe mental illness.*

en ayunas, triglicéridos, colesterol total y colesterol HDL.

Se utilizó también la historia clínica para conocer los hábitos tóxicos de los pacientes y su estilo de vida y se calculó el índice de masa corporal de los pacientes según la fórmula de Quetelet.

Posteriormente fueron utilizados los criterios ATP III para síndrome metabólico y los de Framingham para calcular el riesgo cardiovascular a los 10 años de los pacientes.

Resultados

De los 53 pacientes estudiados, 34 tenían un diagnóstico de Esquizofrenia, 16 de trastorno bipolar y 3 trastorno de esquizoafectivo.

El 51% eran varones y el 49% mujeres con una mediana de edad de 40 años.

Uno de ellos presentaba bajo peso, 18 de ellos normopeso, 20 sobrepeso, 12 obesidad y 2 obesidad mórbida.

El 54% de los pacientes fumaban tabaco diariamente.

El 26% de ellos cumplía los criterios APT III para síndrome metabólico y la mayoría de estos presentaban años de evolución de enfermedad y de tratamiento con psicofármacos.

El 85% de los pacientes no realizaban ejercicio físico de manera regular y no mantenían unos hábitos dietéticos adecuados.

En cuanto los criterios de Framingham para el riesgo cardiovascular a los 10 años, el 11% de los pacientes presentaba un riesgo cardiovascular mayor del 10% en los próximos 10 años.

Conclusiones

Podemos concluir que el estilo de vida, las desigualdades en el acceso a la salud, el curso de la enfermedad y la toma de psicofármacos en los pa-

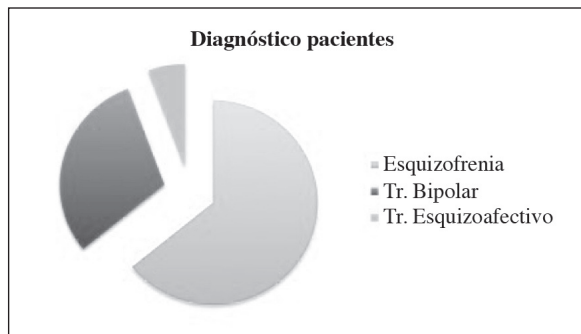


Fig. 1.

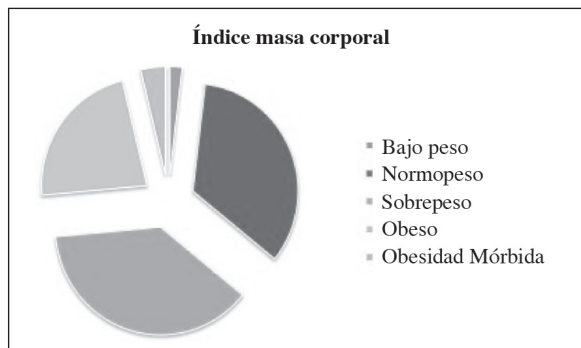


Fig. 2.

cientes con trastorno mental grave favorecen el sobrepeso y sus consecuencias derivadas⁷, como se puede observar en la mayoría de los pacientes de nuestra muestra en la que el 64% de los pacientes presentan un peso mayor del oportuno para su sexo y estatura.

El 26% de los pacientes presentan según criterios de APT III de síndrome metabólico. En contraposición el 85% de los pacientes no realizaba ejercicio físico de manera regular.

Una de las limitaciones importantes del estudio es que fue realizado en la Unidad de agudos de psiquiatría por lo que la muestra podría corresponder con pacientes más graves en los que prima su estabilidad psicopatológica.

Las estrategias diseñadas para promover la salud física de estos pacientes en el sistema sanitario Español son insuficientes. Como profesionales de la salud

mental debemos tener en cuenta la salud física de nuestros pacientes y usar estrategias de prevención tanto primaria como secundaria para intentar modificar los factores de riesgo de estos pacientes^{8,9}. Es necesario el desarrollo de intervenciones estructuradas y replicables en los diferentes dispositivos de salud mental para promover la salud física de nuestros pacientes puesto que condiciona la reducción de la esperanza de vida de estos¹⁰.

Referencias

1. Grover S, Nebhinani N, Chakrabarti S, Avasthi A, Basu D, Kulhara P, Matto SK, Malhotra S. Cardiac risk factors and metabolic syndrome in patients with schizophrenia admitted to a general hospital psychiatric unit. *Indian J Psychiatry* 2014 Oct;56(4):371-6. doi 10.4103/0019-5545.146520.
2. Strassnig M, Clarke J, Mann S, Remington G, Ganguli R. Body composition, pre-diabetes and cardiovascular disease risk in early schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Mar 10. doi: 10.1111/eip.12225. [Epub ahead of print]
3. Silarova B, Giltay EJ, Van Reedt Dortland A, Van Rossum EF, Hoencamp E, Penninx BW, Spijker AT. Metabolic syndrome in patients with bipolar disorder: comparison with major depressive disorder and non-psychiatric controls. *J Psychosom Res*. 2015 Apr;78(4):391-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.02.010. Epub 2015 Feb 25.
4. Osborn DP, Hardoon S, Omar RZ, Holt RI, King M, Larsen J, Marston L, Morris RW, Nazareth I, Walters K, Petersen I. Cardiovascular risk prediction models for people with severe mental illness: results from the prediction and management of cardiovascular risk in people with severe mental illnesses (PRIMROSE) research program. *JAMA Psychiatry*. 2015 Feb;72(2):143-51. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2133.
5. Ward MC, White DT, Druss BG. A meta-review of lifestyle interventions for cardiovascular risk factors in the general medical population: lessons for individuals with serious mental illness. *J Clin Psychiatry*. 2015 Apr;76(4):e477-86. doi: 10.4088/JCP.13r08657.
6. Moore, S, Shiers, D, Daly, B, Mitchell, A.J, Gaughran, F. Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015: 1-13.
7. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
8. De Almeida KM, Moreira CLRL, Lafer B. Metabolic síndrome and bipolar disorder: What should psychiatrists Know? *CNS Neurosci Ther* 2012;18:160-6.
9. Álvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain. *Br J Psychiatry* 2008;193:101-7.
10. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Pietate JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2005;56:324-31.