

Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE

Módulo 4: EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA CONSULTA DE A.P

Capítulo 1 La detección del trastorno mental grave y El síndrome metabólico en TMG

Capítulo 1: La detección del trastorno mental grave y El síndrome metabólico en TMG

Dr. Juan de Dios Molina Martin

Jefe del Centro de Salud Mental de Villaverde en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre. Madrid

Introducción

El sistema sanitario, en la atención a la salud mental, trata de aportar estructuras asistenciales que en una doble vertiente, médica y social, satisfagan de manera integral las necesidades de tratamiento y prevención de la enfermedad mental al menor coste posible.

En este sentido la **atención primaria** juega un papel primordial, sobre todo teniendo en cuenta que **entre un 25% y un 33% de la población** que consulta en el primer escalón de nuestros servicios sanitarios, **tienen alguna alteración psiquiátrica**, y que **solo se derivan a los servicios de salud mental el 5% de ellos**.

Son muchos los **retos** a los que debe enfrentarse el **médico de familia** en el campo de la salud mental. Entre ellos el desarrollo de los aspectos de **prevención y promoción de la salud mental**, así como las tareas que debe llevar a cabo con la comunidad, además de la **detección precoz de los trastornos mentales** graves y la atención a la cronicidad de muchos trastornos y a la importante discapacidad que originan. Sin olvidar que tienen un **papel fundamental en la prevención y manejo de los problemas de salud físicos de los enfermos mentales graves**. Por último, están en una posición privilegiada para ofrecer un **apoyo a las familias y cuidadores** que favorezca la evolución del paciente y minimice el impacto de la enfermedad en todos ellos, prestando una atención que incorpore las características culturales de cada individuo. Por tanto el médico de familia debe ser considerado una figura clave en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental.

La función que debe desempeñar el médico de familia no es la misma en los diferentes trastornos. Siguiendo la propuesta de *Bower y Gilbody*¹ en el trastorno mental grave, es decir cuando se trata de trastornos graves, crónicos, de difícil remisión y que generan gran discapacidad, uno de los aspectos fundamentales en ellos es el diagnóstico precoz y la correcta derivación a los servicios de salud mental. La tarea del médico de familia también

incluye colaborar en el seguimiento, facilitar la adherencia al tratamiento, manejar sus posibles efectos secundarios, detectar precozmente las recaídas, facilitar la comprensión de la enfermedad por parte del paciente y su familia, apoyar a los cuidadores e intentar evitar el estigma.

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud la cuestión no es cómo el médico de Atención Primaria puede ajustarse en los servicios de salud mental, sino **cómo el psiquiatra puede colaborar más eficazmente con los servicios de Atención Primaria**. Esto es así porque el primero no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario, sino, sobre todo, porque está emplazado en el nivel asistencial donde se atiende la mayor parte de los problemas de salud mental. **Sólo entre el 5 y el 10% de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria con un trastorno psiquiátrico, son remitidos a los servicios de salud mental**. Sin embargo, no existe una generalización de los modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento claro que establezca cuál es el papel específico y el grado de responsabilidad de los distintos profesionales que intervienen sobre un paciente. Esto afecta a los dos temas que planteamos en este capítulo: tanto la detección del trastorno mental grave, como el manejo de las enfermedades físicas de las personas que sufren estos problemas, y donde el síndrome metabólico representa ya un problema de salud global con especial importancia en las personas que toman tratamientos antipsicóticos.

¿Que conceptos debemos conocer sobre la demanda en salud mental y la utilización de servicios en atención primaria en el enfermo mental grave?

El concepto de **utilización de servicios**, está íntimamente relacionado con el de la necesidad y demanda. Existe un proceso complejo que tiene su origen en la percepción de la enfermedad como una necesidad, y en la que el individuo tiene que llegar a demandar una posterior utilización de recursos. Este proceso depende de múltiples factores, en los que la toma de decisiones está condicionada socioculturalmente y administrativamente, y se circunscribe primero a la esfera del paciente y en un segundo momento al del médico de atención primaria, representando el especialista en psiquiatría un papel muy pobre en este proceso.

En el estudio de la morbilidad psiquiátrica, es imprescindible la identificación de casos que, en la mayor parte de las ocasiones, se producen desde la petición de ayuda (demanda) que el enfermo hace a los servicios de salud mental.

Pero hay que remarcar que se definen como **caso psiquiátrico** a todas aquellas **personas que están enfermas, con independencia de que hayan demandado o no atención sanitaria**.

En cuanto a la **demanda**, tendremos que separar distintos conceptos para definirla:

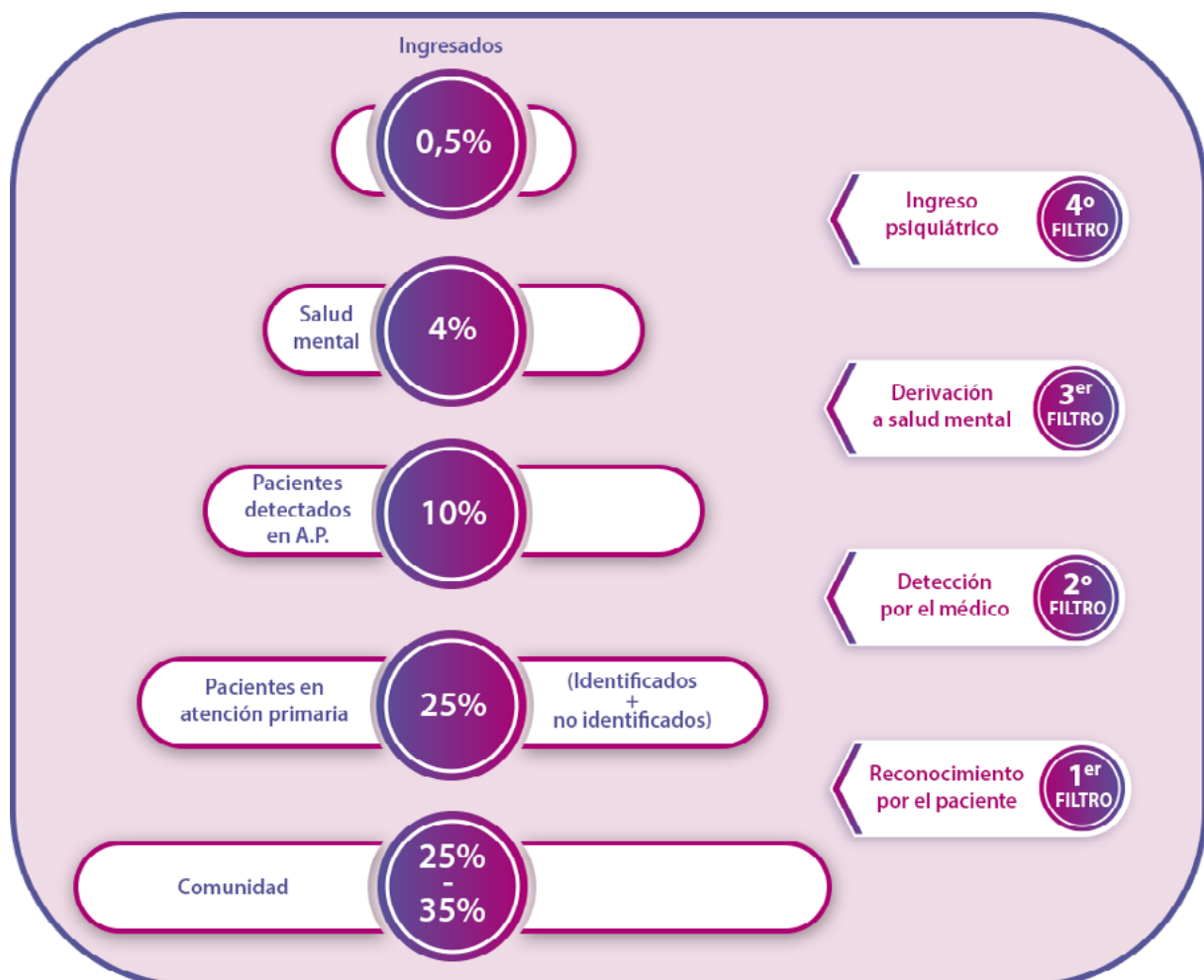
- ▶ **Demanda psiquiátrica explícita o expresada:** queja o petición expresa de ayuda, que formula el afectado o su familia al sistema de salud, a causa de alguna alteración psicopatológica.
- ▶ **Demanda psiquiátrica implícita:** petición expresa de ayuda por un problema sanitario, siendo la patología psiquiátrica infravalorada, desconocida o inconsciente para el enfermo o la familia.
- ▶ **Morbilidad psiquiátrica conspicua:** alteración psicopatológica que resulta evidente a los agentes del sistema de salud, con independencia de que haya sido formulada como demanda explícita o implícita. Depende de la habilidad profesional para identificarla.
- ▶ **Morbilidad psiquiátrica oculta:** la que no se hace evidente a los profesionales y queda oscurecida tras toda suerte de diagnósticos.

¿Cómo influye la gravedad de los síntomas y otros factores en la detección de la morbilidad psiquiátrica por el médico de atención primaria?

El modelo magistralmente establecido por *Goldberg y Huxley*², nos ayuda a comprender cómo se distribuye la morbilidad psiquiátrica en la comunidad, partiendo de la conceptualización de 5 “niveles de asistencia” escalonados de localización del enfermo psiquiátrico, estableciéndose también cuatro “filtros” que es preciso superar para ir ascendiendo en la utilización de crecientes niveles de especialización en la asistencia psiquiátrica.

Para pasar de cada uno de tales niveles al siguiente es necesario atravesar un filtro (**Figura 1**).

Figura 1: Modelo de Goldberg y Huxley



El **primer nivel** está representado por la **morbilidad psiquiátrica de la comunidad**. Multitud de factores influyen en el reconocimiento de la enfermedad, por parte del sujeto o de las figuras clave de su entorno, tanto del hecho de estar enfermo como de la subsiguiente decisión de demandar ayuda, y del nivel en que ésta se solicita. El proceso de utilización del sistema sanitario comienza, por consiguiente, con la decisión de buscar

ayuda médica, siendo con frecuencia el punto de entrada a dicho sistema un servicio de atención primaria.

El **segundo nivel** hace referencia a los **individuos que establecen contacto con el médico general** o con los servicios de atención primaria, **independientemente de si el médico detecta o no la enfermedad**. El acceso a este nivel exige traspasar un primer proceso de filtraje (**primer filtro**) que condiciona el que determinados enfermos permanezcan en la comunidad sin recibir ayuda médica, siendo el porcentaje elevado en muchas comunidades. Los factores que determinan si un individuo pasa o no este filtro son a menudo denominados como **“conductas ante la enfermedad”**.

- ▶ El **primer filtro: la decisión de consultar**. El primer filtro hace referencia pues a aquellos factores que determinan el que un individuo concreto que presenta síntomas que le están produciendo alteraciones decida o no consultar a un médico de atención primaria. Algunos de ellos se hallan más directamente relacionadas con el paciente, aunque hay que recordar que también existen otras variables que tienen que ver con el médico o con los servicios sanitarios que se ofrecen. Parece claro que la disponibilidad y gratuidad de los mismos facilitará este proceso especialmente importante en el enfermo mental grave.

Uno de los principales **factores que influyen en la decisión de consultar al médico** es la gravedad de los síntomas, los trastornos graves o la existencia de muchos síntomas hacen que el paciente pase con mayor facilidad este primer filtro. Pero no es el único factor. Como resumen, podemos decir que

Las personas que pasan con mayor facilidad el primer filtro son aquellas que presentan: **trastornos psiquiátricos graves**, con **muchos síntomas**, que refieren **sucesos vitales estresantes**, las personas **solitarias, solteras, separadas y divorciadas** y en situación de **paro laboral**.

Pasan con menor facilidad el filtro, es decir, no consultan al médico de atención primaria o consultan menos, los **trastornos de poca gravedad**, mujeres casadas y con hijos, hombres casados y ancianos y pobres (en Estados Unidos)³.

El **tercer nivel** está integrado por aquellos pacientes que, tras acudir a su médico o a un servicio de “primer contacto”, **son identificados como enfermos psiquiátricos**. Tales enfermos representan la morbilidad psiquiátrica vista desde la perspectiva del médico de

cabecera, y constituyen la “**morbilidad psiquiátrica aparente**” que se ve en medicina general. Existe hoy en día suficiente evidencia como para afirmar que:

Por **cada dos pacientes psiquiátricos reconocidos** como tales por el médico general **uno queda sin ser correctamente identificado**.

► El **segundo filtro: la detección del médico**. Está representado por la **capacidad del médico de atención primaria para detectar el trastorno psiquiátrico**. El hecho de que se atravesase o no este filtro, vendrá determinado por una serie de características tanto del médico como del paciente:

1) Relativas a características del paciente: los factores que facilitan el paso de este filtro, es decir, la detección de la patología psíquica, son la existencia de trastornos graves, el sexo femenino, personas de edad media, individuos separados, divorciados o viudos y que hayan sido vistos con frecuencia previamente. Dificultarán en cambio el paso variables como la presentación de síntomas físicos, que se trate de varones, los menores de 25 años y mayores de 65 años y las personas no casadas y de educación elevada.

2) Relativas a las características del médico: encontraremos médicos con un **elevado sesgo hacia la realización de diagnósticos psiquiátricos**: médicos con alto índice de rotación de pacientes, o con “elevado estrés”, médicos con “énfasis en lo psiquiátrico”, empáticos, sensibles a los signos verbales relacionados con estrés psiquiátrico y con utilización de muchas “preguntas psiquiátricas”. Por otro lado, también hay médicos que efectúan **evaluaciones psiquiátricas precisas**: con interés y preocupación, seguridad, puntuaciones bajas en “conservadurismo”, mayor cualificación, buen inicio de entrevistas, técnicas de entrevista directivas y sensibilidad a los signos verbales y no verbales relacionados con los trastornos psiquiátricos.

El **cuarto nivel** corresponde a los **pacientes** que se encuentran **en contacto con los servicios ambulatorios de salud mental**, ya sean públicos o privados. En la mayoría de los países europeos (incluido España) corresponde a los médicos generales determinar quién ha de acudir a la consulta del psiquiatra, por lo cual constituyen el **tercer filtro**.

El **quinto nivel** es el representado por los **pacientes que ingresan en unidades de internamiento psiquiátrico**. Esta es la población que con mayor frecuencia se cita en las **estadísticas de enfermedad mental**. En este momento no tiene ningún papel el médico de atención primaria y es en este punto donde **por primera vez aparece el psiquiatra como encargado del cuarto filtro**.

En todos los países de nuestro entorno es posible, por ejemplo para una persona con un brote psicótico en fase aguda, cortocircuitar todo el sistema y pasar directamente del nivel 1 al 5, deteniéndose tan solo en el caso de que así lo decida el psiquiatra, que actúa como cuarto filtro.

Como hemos visto, las personas clave de cara a **tomar la decisión sobre quién pasará los tres primeros filtros son los pacientes y su médico de cabecera**. El papel del médico de atención primaria resulta fundamental como **filtro** entre los niveles segundo y tercero, ya que su habilidad en la detección del trastorno mental grave, determinará que el filtro sea más o menos permeable.

De esta manera la formación de médicos generales en la detección y manejo de los trastornos mentales graves, se convierte en una tarea importante en la salud pública.

¿Cuál es el papel del médico de familia en la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves?

Los **trastornos psicóticos** se abordan como un grupo heterogéneo de síndromes, que difieren en la etiología, sintomatología, curso, pronóstico y cuyo **diagnóstico se basa fundamentalmente en criterios clínicos**. Cuando hablamos de psicosis nos referimos de manera amplia, a aquellas alteraciones psíquicas que **involucran un grave trastorno del juicio de la realidad**, y de una manera más concreta, a un concepto que engloba síntomas como las **ideas delirantes y las alucinaciones**, en un individuo que tiene ausencia de conciencia de la naturaleza patológica de estos fenómenos.

Los síntomas psicóticos pueden aparecer en multitud de trastornos psiquiátricos primarios, y en numerosas enfermedades médicas no psiquiátricas. No existen síntomas patognomónicos ni pruebas complementarias específicas, por lo que el **diagnóstico de esquizofrenia se basa en la anamnesis y en la exploración psicopatológica**. Debido a la gravedad y mal pronóstico de la esquizofrenia, se debe descartar inicialmente las posibles causas orgánicas de psicosis, las psicosis inducidas por sustancias y el resto de trastornos psiquiátricos que pueden acompañarse de síntomas psicóticos.

El **papel del médico de familia en la esquizofrenia** es el mismo que tiene en otras patologías crónicas, además de identificar, diagnosticar y tratar otras enfermedades que puedan acaecer en estos enfermos, se debe encaminar la actuación con estos pacientes a establecer un **trabajo coordinado, con el especialista y la familia** para prevenir recaídas, asegurar el cumplimiento de la medicación y poner en marcha medidas de integración social y preventivas⁴.

Las **acciones concretas** que deberían llevarse a cabo desde la consulta de atención primaria podrían resumirse en⁵:

► **Discutir con el paciente y los familiares el plan de tratamiento**, para obtener su implicación en el mismo. Es fundamental el conocimiento del tratamiento y el porqué del mismo por parte de la familia y del propio paciente, en aquellos casos que sea posible, para favorecer su cumplimiento y así evitar abandonos de medicación que son la primera causa de recaídas.

► **Informar sobre los signos y síntomas precoces de recaída para prevenir** la descompensación aguda. Es de vital importancia el conocimiento de estos signos y síntomas por parte de la familia, el médico de atención primaria y el paciente, para poder tomar cuanto antes las medidas farmacológicas correctoras necesarias, que eviten descompensaciones más graves.

► **Explicar que la medicación es el pilar básico del tratamiento** y que servirá para prevenir las recaídas.

► **Aportar información sobre los efectos secundarios** del tratamiento psicofarmacológico, para así prevenir el abandono del mismo por estos efectos. El conocimiento de éstos por parte del paciente y la familia evita en muchas ocasiones que su aparición suponga el abandono de la medicación sin consultar con el médico.

► **Animar al paciente a que realice sus tareas** al mayor nivel en el que razonablemente pueda llevarlas a cabo, tanto en el trabajo como en otras actividades de la vida diaria.

► **Destacar lo importante que es el apoyo de la familia** para el cumplimiento terapéutico y para conseguir una rehabilitación efectiva.

Debido al complejo manejo de estos pacientes, y dado que pueden presentar recaídas que requieran la intervención de un especialista, hay que tener siempre presente unos claros **criterios de derivación** y lo que se desea conseguir con esa derivación:

- Ante un primer episodio agudo, con la finalidad de:
 - Descartar diagnósticos alternativos.
 - Estudiar factores precipitantes del episodio (socio-familiares, intrapsíquicos, somáticos o farmacológicos).
 - Realizar pruebas complementarias de neuroimagen.
 - Estabilizar la dosis de medicación antipsicótica.
 - Realizar un análisis de la posible evolución futura.
- Realización de procedimientos especiales, como terapia electroconvulsiva (TEC).
- Situaciones que impliquen conductas de auto/heteroagresividad que impidan el manejo en el ámbito ambulatorio.
- Presencia de ideas autolíticas.

¿Por qué es importante el síndrome metabólico en el enfermo mental grave?

El síndrome metabólico también conocido como síndrome X, síndrome de enfermedad cardiovascular crónica, **síndrome de resistencia a la insulina**, síndrome dismetabólico o síndrome de Reaven, es en realidad una **agrupación de alteraciones** que incluyen:

- ▶ Resistencia a la insulina,
- ▶ Obesidad abdominal,
- ▶ Niveles elevados de triglicéridos y colesterol de lipoproteínas de alta densidad baja e hipertensión.

La importancia del mismo es que los pacientes con síndrome metabólico que cumplen con los criterios formales, tienen un mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y de muerte prematura.

El síndrome metabólico representa un problema de salud global que tiene especial importancia en las personas que sufren enfermedades mentales graves.

La obesidad y la inflamación son mecanismos fisiopatológicos reconocidos para el síndrome metabólico.

Por otro lado, los estilos de vida poco saludables y el uso de medicamentos antipsicóticos juegan un papel importante en el aumento del riesgo de síndrome metabólico. Así a la complejidad de una enfermedad mental grave frecuentemente crónica **se añade un alto nivel de comorbilidad** médica y una tasa de mortalidad que duplica la de la población general cuando se analizan todas las causas.

¿Cuáles son las causas del síndrome metabólico?

El término síndrome de resistencia a la insulina o síndrome metabólico describe las consecuencias clínicas de la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora.

Constituye un importante problema de salud pública. Sus manifestaciones clínicas incluyen la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, la hipertensión arterial, la dislipemia, el síndrome del ovario poliquístico, la esteatosis hepática no alcohólica, y multitud de cuadros que progresivamente se han ido sumando.

Su trascendencia clínica viene determinada por:

- ▶ Riesgo elevado e independiente de enfermedad cardiovascular.
- ▶ Elevada prevalencia y rápido crecimiento en los países desarrollados (y en los países en vías de desarrollo que adoptan los hábitos higiénico-dietéticos de los desarrollados).
- ▶ La frecuente asociación de factores de riesgo en sujetos con síndrome metabólico, debe plantear estrategias asistenciales y políticas de salud.

El síndrome metabólico podría surgir de una alteración primaria: la resistencia a la insulina. Esta alteración conlleva un menor aclaramiento plasmático de glucosa que el páncreas intenta compensar incrementando la secreción de insulina (hiperinsulinemia). Si lo consigue se alcanzará la normoglucemia, pero con los años este mecanismo compensador se irá limitando y se producirá intolerancia hidrocarbonada y diabetes mellitus tipo 2. La hiperglucemia traerá como consecuencia glucotoxicidad, que incrementa el impacto aterogénico. Progresivamente se irán sumando otros cuadros, como aumento de los triglicéridos plasmáticos, hipertensión arterial, etc, hasta desarrollar el cuadro completo del síndrome metabólico que llevará a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica⁶ (**Figura 2**).

Figura 2. Modelo del desarrollo del síndrome metabólico y su relación con la diabetes adaptado de Isomma, 2003¹



Puesto que el síndrome metabólico es un conjunto de factores de riesgo, **no hay una causa única que lo produzca**. Por tanto, el mecanismo preciso que subyace a este trastorno aún no se ha esclarecido.

Sin embargo, hay determinados hechos que se conocen, como que el tejido adiposo produce una variedad de sustancias bioactivas conocidas como "adipocitoquinas": la sobreproducción de PAI-1 (*Plasminogen activator inhibitor-1*) y TNF- α (*Tumor necrosis*

factor-α) parece estar relacionada con la tendencia trombótica e inflamatoria, mientras que la adiponectina, que tiene actividades antiaterogénicas y antidiabéticas, está reducida en pacientes con síndrome metabólico⁷.

El **riesgo de padecer síndrome metabólico** está estrechamente **ligado al sobrepeso y obesidad, y a la pérdida de actividad física**. La resistencia a insulina puede conducir a un aumento de la glucemia y está íntimamente ligada a la obesidad y al sobrepeso, siendo también uno de los factores de riesgo de padecer síndrome metabólico. **La genética** (origen étnico e historia familiar) y tener una **edad avanzada** son otros factores que pueden jugar un papel en la causa del síndrome metabólico⁸.

Finalmente, no queremos dejar de señalar que la elección de un **estilo de vida** concreto, puede influir sobre todos estos factores; por ejemplo, una dieta alta en grasa y azúcar, junto con la ausencia de ejercicio, se asocia con el desarrollo de obesidad.

Sin embargo, **la resistencia a insulina puede no estar necesariamente ligada a la obesidad, como el caso del:**

- ▶ **Síndrome de Cushing** (trastorno hormonal causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol),
- ▶ **Síndrome de ovario poliquístico**,
- ▶ La **enfermedad del hígado graso no alcohólico** o
- ▶ La **enfermedad renal crónica**.

¿Cómo se operativiza la definición de síndrome metabólico?

Diferentes grupos han hecho esfuerzos por establecer criterios que faciliten la identificación de sujetos con este síndrome.

De esta manera, síndrome metabólico es el nombre que recibe la acumulación de varios factores de riesgo metabólicos que, juntos, aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular aterosclerótica, resistencia a insulina y diabetes mellitus tipo 2 así como complicaciones vasculares y neurológicas (accidentes cerebrovasculares...).

Su utilidad diagnóstica es incuestionable, ya que permite identificar a las personas en las que se agrupan factores de riesgo potencialmente modificables, y permite identificar de forma sencilla personas con un alto riesgo cardiovascular e intervenir sobre los estilos de vida y los tratamientos preventivos para evitar el desarrollo de la diabetes y la patología cardiovascular.

Según los criterios del *Tercer Grupo de Expertos sobre Tratamiento en Adultos del Programa Nacional de Educación en Colesterol* (NCEP ATP-III), las **cinco condiciones** que se describen a continuación son factores de riesgo metabólico. Una persona puede tener cualquiera de

estos factores de riesgo por sí solo, pero **han de darse al menos tres de ellos a la vez para que un paciente pueda ser diagnosticado de síndrome metabólico**^{9,10}:

- ▶ Contorno de la **circunferencia abdominal** > de 102 cm en hombres y de 89 cm en mujeres. También llamada obesidad abdominal.
- ▶ El exceso de grasa en esta zona representa un factor de riesgo mayor para sufrir enfermedad cardiovascular que el exceso de grasa en otras partes del cuerpo.
- ▶ Altos **niveles de triglicéridos** en sangre \geq a 150 mg/dl \geq a 1,70 mmol/L.
- ▶ **Nivel reducido de colesterol HDL**, < de 40 mg/dL en hombres (< de 1,04 mmol/l) y < de 50 mg/dl (< de 1,30 mmol/l) en mujeres.
- ▶ **Nivel elevado de glucosa en ayunas**, \geq a 100 mg/dL.
- ▶ Valores de **presión sanguínea sistólica** de 130 mm Hg o mayor y/o diastólica de 85 mm Hg.

¿Cuál es la relevancia clínica del síndrome metabólico en el enfermo mental grave?

El **cerebro integra señales metabólicas de tejidos periféricos como el hígado, el páncreas, el tejido adiposo, el intestino y el músculo**. Detecta estas señales metabólicas **a través de hormonas** (insulina, leptina,...) **y nutrientes** (glucosa, ácidos grasos libres,...), para regular el metabolismo de la glucosa. Los sitios de convergencia de estas señales son el hipotálamo y el bulbo raquídeo. Hay una red de neuronas especializadas en coordinar los cambios adaptativos de la ingesta de comida y la liberación de energía en respuesta a las alteraciones de las condiciones metabólicas¹¹.

Por lo tanto, **la esquizofrenia y los trastornos afectivos** no se limitan a un desequilibrio en la neurotransmisión dopaminérgica y serotoninérgica en el cerebro. Son también trastornos sistémicos que pueden considerarse de algún modo, trastornos metabólicos.

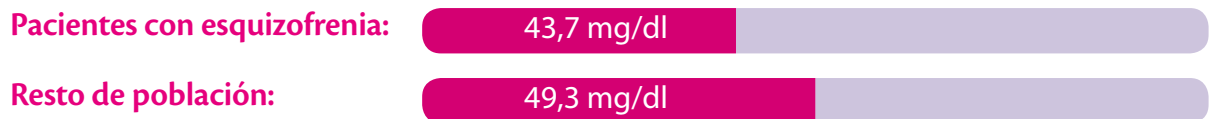
Aún no está claro si la psicopatología altera los componentes del síndrome metabólico o viceversa. Ambas direcciones son biológicamente plausibles, pues el desarrollo y la progresión de ambos están asociados con alteraciones del sistema nervioso autónomo y neuroendocrino, envejecimiento celular y estrés oxidativo. Este mismo patrón de asociación ocurre en la relación entre el tratamiento farmacológico de los trastornos afectivos y las enfermedades cardiometabólicas¹².

El resumen de los datos de los **estudios CATIE y NHA-NES**¹³ demuestra claramente la magnitud de este problema en el que se sabe que los **pacientes con esquizofrenia presentan más factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares que la población general y que tienen una prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia dos veces mayor que la de la población general**.

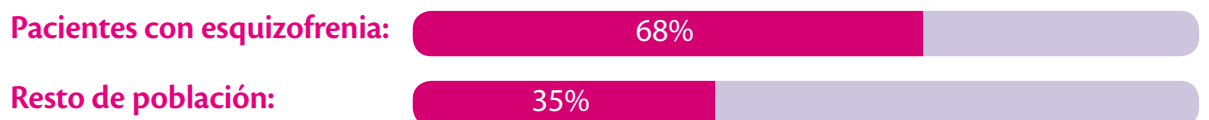
La tasa de diabetes es más elevada:



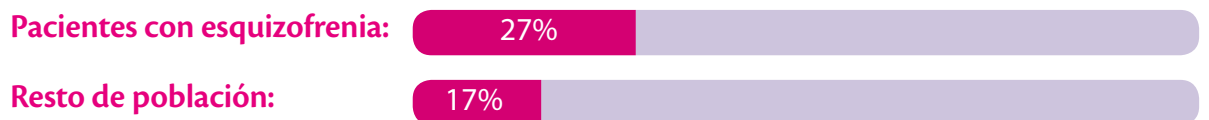
Tiene los niveles de colesterol-HDL más bajos:



Además tienen un porcentaje de tabaquismo más elevado:



Tasas de hipertensión más elevadas:



La patogenia de estas alteraciones es multifactorial: genética y ambiental:

- Atendiendo al **factor genético**, las alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado de los pacientes esquizofrénicos ya se habían sugerido en los años 20 del siglo pasado, en las etapas de tratamiento prefarmacológico de esta afección.

Este hecho sugiere que la esquizofrenia por sí misma ya confiere un mayor riesgo de desarrollar trastornos metabólicos.

Esto se ha confirmado en estudios como el realizado con pacientes esquizofrénicos durante su primer episodio¹⁴, de ellos el 15% presentaba tolerancia anormal a la glucosa frente al 0% de los controles. De la misma forma se observaron glucemia, insulinemia y cortisol basal elevados.

Tanto los pacientes esquizofrénicos como los que presentan depresión mayor y trastorno bipolar presentan mayor prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, así

como los familiares de primer grado de estos pacientes¹⁵.

También parece existir asociación entre la esquizofrenia y la disfunción de enzimas implicadas en la glicolisis, así como entre la ganancia ponderal inducida por los antipsicóticos y el polimorfismo del receptor de serotonina.

- ▶ En cuanto a los **factores ambientales**, los pacientes esquizofrénicos presentan estilos de vida menos saludables que las personas sin patología psiquiátrica: consumo de dietas hipercalóricas en que destaca la elevada ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida, grasas saturadas y bebidas muy azucaradas a lo que se añade un tipo de vida sedentario. Además se caracterizan por una prevalencia de tabaquismo muy superior a la de la población general: la frecuencia de hábito tabáquico entre esquizofrénicos es del 57,5% frente al 47,3% de los controles no psiquiátricos¹⁶.

La escasa tendencia de estos pacientes a acudir a consulta médica disminuye la posibilidad de un abordaje adecuado del problema.

Si se tiene en cuenta que **los profesionales de la salud no están concienciados para promocionar estilos de vida saludables en estos pacientes**, dichas conductas se cronifican **y las alteraciones metabólicas subyacentes pasan desapercibidos** o no se actúa correctamente sobre ellas.

A todos estos factores hay que añadir la influencia del **tratamiento con fármacos antipsicóticos** que actúan fundamentalmente a través de **2 mecanismos**:

- 1.- Induciendo un incremento del apetito y de la ganancia ponderal.
- 2.- Efecto directo sobre los metabolismos glucídico y lipídico, independientemente del incremento de peso.

La **ganancia de peso se ha evidenciado principalmente** en relación con tratamientos con olanzapina, clozapina, clorpromacina y tioridacina. También, pero de forma **menos intensa**, con risperidona y quetiapina, mientras que no se observan alteraciones metabólicas ni ganancia ponderal en los tratamientos con ziprasidona y aripiprazol.

En este contexto, es de gran importancia la identificación de los pacientes de alto riesgo con el fin de instaurar medidas preventivas tanto de forma general como utilizando fármacos que, siendo efectivos, produzcan la menor incidencia de efectos secundarios metabólicos.

¿Cuál es el papel de los antipsicóticos en la prevalencia del síndrome metabólico en el enfermo mental grave?

Respecto a los antipsicóticos atípicos y efectos secundarios de tipo metabólico, es importante recordar que independientemente de su parecida efectividad neuroléptica, hay que considerar que los diferentes antipsicóticos atípicos tienen un perfil de efectos secundarios distintos.

Al comparar los antipsicóticos atípicos utilizados en pacientes esquizofrénicos se observa una **ganancia ponderal** relevante (igual o mayor del 7 % sobre el IMC basal)¹⁷:



*Allison Casey*¹⁸ en una revisión sistemática de la literatura, encuentra que en tratamientos a corto plazo (10 semanas) la clozapina y la olanzapina inducen una mayor ganancia ponderal (4,45 y 4,15 Kg respectivamente), que risperidona 2,1 Kg y ziprasidona 0,04 Kg.

De los antipsicóticos clásicos el que obtiene peor resultado es la tioridazina con un incremento ponderal de 3,4 Kg.

Estudios posteriores relativos a la ganancia ponderal tras 1 año de tratamiento evidencian que la olanzapina induce el mayor aumento de peso: 12,3 Kg, mientras que risperidona y quetiapina actúan de forma más moderada: 2,4 Kg, y aripiprazol y ziprasidona son los que menos influyen con ganancias de 0,5 a 1 Kg.

También se observa en la literatura, la aparición de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado en pacientes tratados con antipsicóticos atípicos que no guardaban relación con la ganancia de peso. Es decir la aparición de diabetes mellitus tipo 2 no se relaciona necesariamente con el aumento de peso: estudios realizados en pacientes esquizofrénicos con normopeso tratados con clozapina y olanzapina, evidencian datos de insulinemia elevada y disminución de sensibilidad a la acción de la insulina cuando se comparan con pacientes tratados con risperidona¹⁹, asimismo hay información sobre casos de cetoacidosis diabética en las fases precoces del tratamiento con olanzapina, antes de que se produzca incremento ponderal.

Respecto a la dislipemia, olanzapina y clozapina destacan en varios estudios por su mayor riesgo de producir hipertrigliceridemia e hiperglucemia. Las alteraciones son más modestas en pacientes tratados con quetiapina y mínimas en el grupo tratado con risperidona. Lieberman y cols²⁰ en un ensayo clínico multicéntrico doble ciego (El estudio CATIE) realizado en EE.UU, con 1493 pacientes esquizofrénicos a los que se asigna aleatoriamente a 5 grupos de tratamiento con antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, risperidona, ziprasidona y perfenazina) confirman los datos referentes a obesidad y

disfunción metabólica que ya se han comentado, siendo la olanzapina el antipsicótico que más frecuentemente se asocia a obesidad, hiperglucemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. La ziprasidona es el que menos se relaciona con dichas alteraciones e incluso se observa mejoría en los parámetros lipídicos. La quetiapina y la risperidona se encontrarían en una situación intermedia salvo para la hipertrigliceridemia dado que la quetiapina tendría una influencia considerable en su aparición, aunque menor que la olanzapina. El colesterol se vería influido favorablemente por el tratamiento con risperidona. Por último, La tasa de abandono del tratamiento por efectos secundarios, aunque elevada en todos los grupos, en el caso de la olanzapina estuvo condicionada principalmente por la ganancia ponderal y los efectos metabólicos.

Existe una incidencia elevada de **síndrome metabólico** en los pacientes en tratamiento con olanzapina cuando se comparan con los tratados con aripiprazol. Al realizar una evaluación económica de los efectos metabólicos del aripiprazol comparado con la olanzapina se estima que la utilización de aripiprazol durante 6 meses evitaría 117 casos de síndrome metabólico²¹.

¿Qué recomendaciones se puede dar a los médicos para la prevención del síndrome metabólico?

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) consciente de la gravedad del problema, junto con otras 3 sociedades: la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) y la Asociación Norteamericana para el estudio de la Obesidad (NASO), llegan a un **consenso** que plasman en el **Panel de Consenso del Tratamiento Antipsicótico** y que ofrece varias **recomendaciones para minimizar el efecto metabólico perjudicial de estos fármacos**²²:

- 1.- Monitorizar de forma **periódica el IMC y el perímetro abdominal** de los pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos.
- 2.- Se debe realizar una anamnesis sobre los antecedentes personales y familiares de **obesidad, dislipemia, diabetes, hipertensión, tabaquismo y riesgo cardiovascular**.
- 3.- Deberán determinarse los niveles basales de **presión arterial, glucosa plasmática y perfil lipídico**.

El síndrome metabólico es una entidad que se extiende por todas las disciplinas, y probablemente la psiquiatría ha sido la última en incorporarlo.

No es más que una estrategia de los factores de riesgo de siempre, pero abordados de una forma diferente, para realizar un abordaje integral y sobre todo desde atención primaria.

En España disponemos de un **Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)** que fue y es un proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (**semFYC**) para integrar las actividades de prevención y promoción

de la salud en las tareas habituales de los Centros de Salud.

El PAPPS fue el inicio y el referente de la prevención clínica en nuestro país, y sus recomendaciones fueron incorporadas a los planes de Salud de los distintos Servicios de Salud Autonómicos. Aunque actualmente las actividades preventivas vienen determinadas por el nivel de intervención asignado a cada paciente, y están contempladas en los programas de atención y promoción de la salud de las carteras de servicio de cada comunidad autónoma.

Las enfermedades del sistema circulatorio, constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española. Los dos principales componentes de las enfermedades del sistema circulatorio son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

La última revisión de recomendaciones del PAPPS23 en el área cardiovascular incluyen actividades de prevención de eventos cardiovasculares mediante el control de los principales factores de riesgo: tabaco, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad y sedentarismo.

Por otro lado, recomendaciones para modificar el estilo de vida destinadas a disminuir el riesgo de morbimortalidad: tabaco, alcohol, y actividad física.

Respecto al cálculo del riesgo coronario, esta actualización²³ plantea que hay dos ecuaciones importantes desde el punto de vista práctico por estar incorporadas a las guías clínicas.

- ▶ Las primeras son las derivadas de las cohortes del estudio de *Framingham* de 1991 que se utilizó por el PAPPS desde 1997 hasta 2003.

La ecuación de *Framingham* de 1998 recalibrada en el estudio del Registre Gironí del Cor (REGICOR) se ha utilizado en las guías clínicas de algunas comunidades autónomas como Baleares o Cataluña.

- ▶ La segunda ecuación es la del proyecto SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) que se incorporó posteriormente.

Pero **¿son estas actividades del PAPPS suficiente para la prevención y detección precoz de factores de riesgo** cardiovascular en los pacientes con enfermedad mental grave **o debemos** considerarlos como portadores de un factor de riesgo añadido y por tanto **aplicar protocolos más exhaustivos?**

En un estudio realizado en nuestro país²⁴ con el objetivo de contestar si se realizan actividades preventivas en los pacientes esquizofrénicos, se concluye que el nivel de registro de estas actividades es muy bajo y no hay diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles. Siendo estos pacientes en general frecuentadores de las consulta de atención primaria, y estando en tratamientos con antipsicóticos la gran mayoría de ellos, parece que es necesario hacer mayor hincapié en las actividades dirigidas al control de

factores de riesgo cardiovascular para abordarlos de una manera precoz, y enfocarse sobre todo el sedentarismo y la obesidad como pieza angular del síndrome metabólico.

Los médicos deberían conocer los posibles trastornos metabólicos asociados a la utilización de determinados los antipsicóticos. Las guías europeas de prevención cardiovascular²⁵ establecen una serie de categorías para la estratificación del riesgo cardiovascular. **Hay una serie de modificadores de riesgo para tenerlos en cuenta**, ya que su presencia nos indica la existencia de un riesgo mayor. Entre ellos está la obesidad abdominal o sedentarismo que estimamos de máxima importancia en el enfermo mental grave y para el cuál resumimos una serie de **recomendaciones sobre el manejo del sobrepeso y la obesidad**:

1. Recomendación de **estilos de vida saludables** en todos los pacientes con enfermedad mental crónica.
2. Recomendaciones **psicoeducativas** para evitar o reducir el aumento de peso con medidas prácticas para modificar los estilos de vida poco saludables: evitar la "comida basura", los alimentos ricos en grasas saturadas y los hidratos de carbono de absorción rápida, potenciando el consumo de frutas frescas y verduras, cereales, carnes blancas y pescado.
3. **Monitorizar** la evolución de los parámetros metabólicos indicados a lo largo del tiempo: **índice de masa corporal y perímetro abdominal**.
4. Utilización de **fármacos antipsicóticos** que siendo efectivos para el tratamiento de la patología psiquiátrica, ocasionen los menores efectos secundarios posibles o empleo de la menor dosis necesaria de los antipsicóticos con mayor potencial de disfunción metabólica.
5. Utilización de los **medicamentos específicos** para controlar la obesidad y las comorbilidades metabólicas que puedan aparecer.

CONCLUSIONES

El síndrome metabólico se define como un grupo de alteraciones metabólicas asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes.

En el campo de la **psiquiatría**, se sabe que las personas con enfermedades mentales graves y crónicas tienen un **mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares** debido a prevalencias más altas de obesidad, tabaquismo, diabetes, hipertensión y dislipemia. Estos factores de riesgo asociados a menudo a cambios en el estilo de vida, como resultado del impacto social, emocional y económico de su trastorno, contribuyen a la formación del síndrome metabólico.

Por último, los tratamientos psicofarmacológicos, especialmente **los antipsicóticos**,

también **pueden aumentar el riesgo de sobrepeso** y disminuir los niveles de actividad a causa de los efectos secundarios como los trastornos del movimiento o la sedación.

Los diferentes profesionales implicados en el tratamiento físico del enfermo mental están distribuidos en diferentes escalones asistenciales entre los cuales hay una serie de filtros descritos en el modelo de v. Esta situación requiere una sensibilización y conocimiento del problema transversal, de cara al desarrollo eficaz de actividades de prevención y promoción de la salud.

Los cambios en el estilo de vida son difíciles de introducir, pero los datos existentes sugieren que la pérdida de peso tiene más probabilidades de éxito en el contexto de una alianza terapéutica en la cual el médico de atención primaria ofrece apoyo regular, que en los casos en que su médico no participa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42.
- 2.- Goldberg D, Huxley P: *Mental Illness in the Community. The pathway to psychiatric care.* Londres, Tavistock/Routledge 1980.
- 3.- Andersen R, Newman J: Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. *Milbank Memorial foundation Quarterly*;1973;51:91-124.
- 4.- Gjesdal S, Hunskaar S. [Primary health care and patients with severe mental disorders living at their own homes]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113(5):615-7.
- 5.- Borra C, Herrán A, Herrera Castanedo S. Esquizofrenia y trastornos relacionados. En: Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria.* Ed. Grupo Aula Medica S.A., 1998: 210-223.
- 6.- Isomaa B. A major health hazard: the metabolic syndrome. *Life Sci* 2003;73:2395-411.
- 7.- Funahashi T Matsuzawa Y. Metabolic syndrome: Clinical concept and molecular basis. *Ann Med* 2007;39(7): 482-494.
- 8.- Rampal S, Mahadeva S, Guallar E, Bulgiba A, Mohamed R, Rahmat R, Arif MT, Rampal L. Ethnic differences in the prevalence of metabolic syndrome: results from a multi-ethnic population-based survey in Malaysia. 2012; *PLoS One* 7 (9): e46365.
- 9.- National Cholesterol Education Program (NCEP). Third report of the NCEP Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Circulation.* 2002; 106: 3143-421.
- 10.- Swarup S, Zeltser R. *Metabolic syndrome.* Treasure Island (FL): StatPearls; 2019. Swarup, S., & Zeltser, R. (2019). Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459248/>
- 11.- Roh E, Song DK, Kim MS. Emerging role of the brain in the homeostatic regulation of energy and glucose metabolism. *Experimental & Molecular Medicine.* 2016; 48: e216.
- 12.- Hiles SA, Révész D, Lamers F, Giltay E, Penninx BW. Bidirectional prospective associations of metabolic syndrome components with depression, anxiety, and depression use. *Depress Anxiety.* 2016 Aug; 33(8):754-64.
- 13.- McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Goff DC, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005; 80: 19-32.
- 14.- Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug naive patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 284- 289.
- 15.- Regenold WT, Thapar RK, Marano C, et al. Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use. *J Affect Disord.* 2002; 70: 19- 26.
- 16.- Uçok A, Polat A, Bozkurt O, et al. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005; 58: 434-437.
- 17.- Bobes J, Rejas J, García-García M, et al and EIRE Study Group. Weight gain in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine or haloperidol: results of the EIRE study. *Schizophr Res.* 2003; 62: 77- 88.
- 18.- Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 7:22-31.
- 19.- Henderson DC, Cagliero E, Copeland PM, et al. Glucose metabolism in patients with schizophrenia treated with atypical antipsychotic agents: a frequently sampled intravenous glucose tolerance test and minimal

model analysis. Arch Gen Psychiatry . 2005; 62: 19- 28.

20.- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al : Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005; 353: 1209- 1223.

21.- Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. Am J Med. 2005; 118, suppl 2: 15S- 22S.

22.- American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. J Clin Psychiatry. 2004; 65: 267- 272.

23.- Brotons C, Alemán JJ, Banegas JR, Fondón C, Lobos-Bejarano JM, Martín E, Navarro J, Orozco-Beltrán D y Villar F. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):4-28

24.- Fernández Verel R, Gadea Font, E. Sanjuan Sanchís, E, Bonich Juan, R, Parellada Esquiús, N y Villafila Ferrero, R. Actividades preventivas y esquizofrenia. ¿lo hacemos bien? Medifam 2001;11:449-445.

25.- Piepoli M, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al; ESC Scientific Document Group. 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of 10 Societies and by Invited Experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37:2315-81



Patrocinado por:

