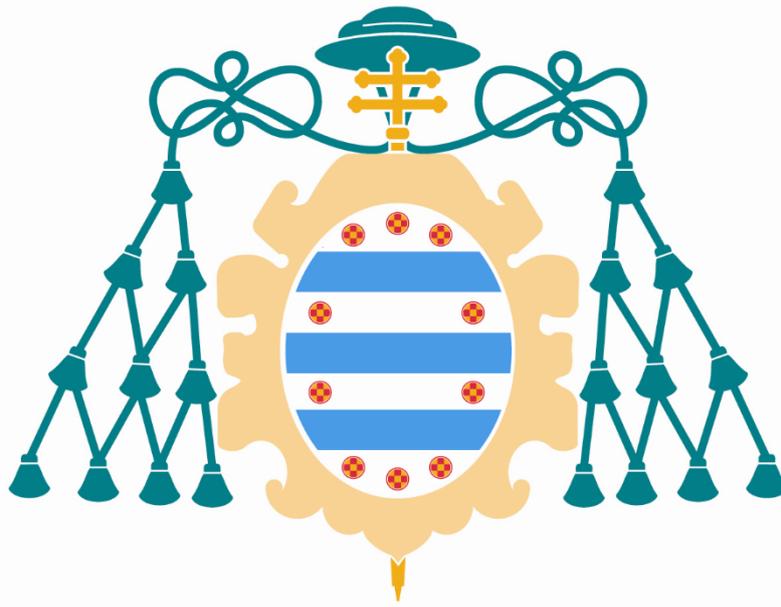


Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO: INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

“COMORBILIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINAR, CONTROL POR EL EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA”

M^a Almudena Pousada González



Universidad de Oviedo

PROGRAMA DE DOCTORADO: INVESTIGACIÓN EN MEDICINA

“COMORBILIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINAR, CONTROL POR EL EQUIPO DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA”

M^a Almudena Pousada González



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: "Comorbilidad física en pacientes con trastorno mental grave: seguimiento interdisciplinar, control por el equipo de salud mental y atención primaria"	Inglés: "Physical comorbidity in patients with mental disorder: interdisciplinary monitoring, control by mental health team and primary care"
2.- Autor	
Nombre: María Almudena Pousada González	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Investigación en Medicina	
Órgano responsable: Comisión Académica del Programa de Doctorado de Investigación en medicina	

RESUMEN (en español)

La comorbilidad física en pacientes con trastorno mental grave es un problema de gran magnitud y elevada trascendencia. Los pacientes con trastorno mental grave tienen mayor predisposición a algunas patologías somáticas metabólicas altamente prevalentes. Esta predisposición aumentada de patologías físicas se debe a factores de riesgo que pueden ser modificables. Por tanto, la prevención, el seguimiento y el control de estos factores son indispensables. Sin embargo, la monitorización de estos factores de riesgo no son suficientemente adecuados. Por tanto, la importancia de la evaluación y el seguimiento de los factores de riesgo asociados a la patología física en pacientes con trastorno mental grave son claros. Además, cabe destacar que los pacientes con trastorno mental grave están infradiagnosticados y no reciben la atención médica que precisan. En nuestra comunidad contamos con Programas Clave de Atención Interdisciplinar para el seguimiento de las patologías físicas más prevalentes por parte del equipo de atención primaria. Estos programas están ampliamente desarrollados, sin embargo, la patología física en pacientes con trastorno mental grave parece que no está suficientemente monitorizada y no se ha evaluado el impacto del seguimiento de las patologías físicas más prevalentes. Además, contamos con los Consensos Españoles sobre Salud Física en pacientes con trastorno mental grave, esquizofrenia y trastorno bipolar, que tras su difusión consiguieron un enfoque prioritario en la atención a la patología física en pacientes con trastorno mental grave. El objetivo primordial de los consensos fue el cumplimiento del programa y la incorporación del seguimiento de la patología física por parte de los profesionales. Aunque tras la difusión de los consensos se comenzó a monitorizar la patología física en mayor medida, el impacto de estos consensos no ha beneficiado a la totalidad de la población. Por ello con esta reflexión se decide plantear estos objetivos para la investigación:

Objetivos generales

1. Determinar la prevalencia real de problemas de salud física de los pacientes con trastorno mental grave.
2. Estudiar el grado de cumplimiento de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar por el equipo de atención primaria en el último año.
3. Estudiar en qué medida el cumplimiento de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar tienen un impacto real en la salud de los pacientes con trastorno mental grave.

Objetivo específico

1. Determinar el cumplimiento de los protocolos de control de salud física de los Consensos Españoles de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar por el equipo de salud mental

El diseño del estudio que se plantea es descriptivo transversal, para el cual se reclutó una muestra de pacientes con dos diagnósticos principales, esquizofrenia y trastorno bipolar. Para la evaluación del seguimiento de la patología somática asociada en pacientes con trastorno mental grave se incluyeron todas las variables e ítems de atención a la salud recogidos en los programas clave de atención interdisciplinar y en los consensos españoles de salud física. Todas estas variables fueron recogidas de los historiales clínicos disponibles. Además, fueron medidos parámetros analíticos y medidas antropométricas con el objeto de describir la salud actual de la muestra, así como establecer la prevalencia real de patología física y la patología física infradiagnosticada.

Durante el tiempo de ejecución del proyecto se reclutaron un total de 122 pacientes. El análisis de resultados mostró la prevalencia de patología física real e infradiagnosticada, ya que un porcentaje de pacientes sin diagnóstico de patologías físicas tenía factores predisponentes de enfermedades físicas. Además, el seguimiento de la patología física por parte del equipo de atención primaria no se realiza a la totalidad de la muestra. Sin embargo, el impacto del seguimiento adecuado es beneficioso ya que la relación entre el seguimiento y los beneficios en salud son significativos para algunas patologías físicas. Además, después de la difusión de los consensos de salud física hay impacto en la evaluación de la salud física en pacientes con trastorno mental grave, ya que la patología física se monitoriza en mayor medida. Aunque por otro lado, las recomendaciones de los consensos no los reciben la totalidad de los pacientes, por tanto, existe la necesidad de un seguimiento en la población a nivel global.

RESUMEN (en Inglés)

Physical comorbidity in patients with severe mental disorders is an important problem with great significance. These types of patients have a greater predisposition to some highly prevalent metabolic somatic pathologies, due to a number of risk factors that can be modified. Therefore, prevention, surveillance and control of these factors is a matter of the utmost importance. In spite of this, these risk factors have not been properly monitored; this stresses the importance of a proper evaluation and tracking of the risk factors associated with physical pathologies in patients with severe mental disorders. In addition, it should be noted that patients with severe mental disorders are underdiagnosed and many do not receive the medical attention they require.

Within our community, the primary care service can monitor the most prevalent physical pathologies by means of Care Key Interdisciplinary Programs. Although these programs have been extensively developed, they have not been sufficiently employed in patients with severe mental disorders; thus, the impact evaluation of the monitoring of the most prevalent physical pathologies remains to be studied.

The introduction of the Spanish Physical Health Consensus in patients with severe mental disorders, schizophrenia and bipolar disorders allowed improving the attention to the physical pathologies of these patients. The main objective of the consensus was the fulfillment of the program and the incorporation of the tracking to the physical pathology by the professionals. Although the dissemination of this program led to an increase of the monitoring of the physical pathologies to a greater extent, their impact has not benefited the entire population.

Taking these comments into account, we propose the following research objectives:

General objectives

1. To determine the actual prevalence of physical health problems of patients with severe mental disorder.
2. To study the degree of fulfillment of the Care Key Interdisciplinary Programs by the primary care teams in the last year.
3. To study to which extent the fulfillment of the Care Key Interdisciplinary Programs has had a real impact on the health of patients with severe mental disorders.

Specific goal:

1. To determine the fulfillment of the physical health control protocols of the Spanish Physical Health Consensus in patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder by the mental health team.

The study design is cross-sectional; a sample of patients with two main diagnoses, schizophrenia and bipolar disorder, was taken. The evaluation of the tracking of the associated somatic pathologies in patients with severe mental disorder included all variables and health care items collected in both the Care Key Interdisciplinary Programs and the Spanish physical health consensus. All these variables were collected from the available clinical records. In addition, analytical parameters and anthropometric measures were considered in order to describe the current health of the sample, as well as to establish the actual prevalence of physical pathologies and underdiagnosed physical pathologies.

During the project execution time, a total of 122 patients were analyzed. The results show the prevalence of real and underdiagnosed physical pathologies. The reason is that some patients with predisposing risk factors of physical diseases have not received a diagnosis of physical pathologies. In addition, the primary care team has not monitored the physical pathology for the entire sample. Nevertheless, we show that an adequate tracking leads to benefits in health for some pathologies. In addition, after the publication of physical health consensus, the evaluation of physical health in patients with severe mental disorder has improved, since the physical pathology is now monitored to a greater extent. Nevertheless, the recommendations of consensus have not reached yet all patients, and therefore a global monitoring of the population is needed

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA

Proyecto financiado por: Instituto Carlos III

Referencia del estudio: Plan Nacional de I+D+I 2008-2011,

(PI/1200882 y cofinanciación FEDER

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar debo dar las gracias a todos los compañeros del equipo de investigación por la posibilidad de comenzar esta tesis, sin duda sois el pilar fundamental de este estudio. Gracias por los buenos momentos, por las sonrisas y el apoyo en aquellos momentos de arduo trabajo. Además, no puedo olvidarme del apoyo estadístico, agradecer el apoyo recibido por parte de la unidad de consultoría estadística de los servicios científico-técnicos de la Universidad de Oviedo. Especialmente gracias a Tania, su brillante y excelente trabajo ha hecho que la parte más temida de esta tesis sea inmejorable.

Gracias a los directores por su confianza, por sus consejos, por su apoyo y por compartir conmigo todos sus conocimientos sobre el tema. Gracias a Julio Bobes por su motivación, sus sugerencias y sus correcciones. Gracias a Susana Al-Halabí por su entusiasmo, su paciencia y por prestarme su apoyo incluso hasta altas horas de la tarde.

Al departamento de psiquiatría por la posibilidad de que enfermeros del área pudiéramos desarrollar nuestros proyectos de investigación. Gracias por la ayuda prestada para llevarlos a cabo. No me puedo olvidar de las colaboraciones de los profesionales del departamento y del Cibersam, su trabajo fue muy importante.

Gracias a los responsables y directores de enfermería de atención primaria y salud mental. Debo hacer una mención especial a la subdirección de enfermería, ya que se mostraron accesibles y entusiasmados por ayudarnos en todo lo posible. Además, gracias a los profesionales de la gerencia de atención primaria, ya que sin saber nada del trabajo que estaba desarrollando me ofrecieron su ayuda.

A los responsables de mi formación; una vez finalizada esta tesis doctoral no me puedo olvidar de aquellos profesionales que me han enseñado y aportado sus conocimientos. Estos profesionales forman cada escalón de mi carrera profesional hasta la consecución de este proyecto. Gracias por hacer posible que sea lo que soy hoy. Me acuerdo especialmente de los responsables en mi formación en investigación, estos docentes me han enseñado a encontrar lo atractivo del mundo de la investigación y me han aportado valiosos conocimientos.

A mis compañeros y todos los profesionales del área de salud mental, pues a ellos les debo mi formación como Enfermera Especialista en Salud mental. Además, ellos me han enseñado a ser la profesional que ahora soy y me han transmitido la parte más humana de nuestro trabajo.

Agradecer el apoyo de la oficina de investigación biosanitaria, cuyo trabajo rápido y eficaz ha sido muy importante. Gracias a sus profesionales por el trato recibido.

A los amigos incondicionales, en especial a Alex, siempre has sido un soporte importante para mí. Gracias por aportarme tus conocimientos cuando he necesitado una mano, por todo lo que sabes y todo lo que eres capaz de enseñar, por tu capacidad para ayudarme a mí y a los demás, en definitiva, por ser sencillamente genial. Raquel, de ti tampoco me puedo olvidar, incluso en los momentos difíciles me has dicho que no tirara nunca la toalla. Tus consejos han sido muy válidos para llegar aquí. A Quique, gracias por las correcciones del inglés y por la buena disposición y colaboración que has mostrado.

Gracias a aquellos que estuvieron y ya no están y que fueron y son tan importantes. Por su apoyo en momentos pasados y sus recuerdos imborrables para siempre. En especial a los que sé que nunca me olvidaron y que tan importante hubiera sido para ellos seguir a mi lado.

Y de manera muy especial a mi familia, que aunque es pequeña, siempre hacéis que sienta que tengo una gran multitud de gente apoyándome. Gracias papá, mamá, abuelita, tata y Mar por ser mis ojos cuando a veces no soy capaz de ver, por ser mis manos cuando lo he necesitado, por ser mis piernas cuando me cuesta arrancar. Todo lo que soy es gracias a vosotros, gracias por estar en lo fácil y en lo difícil, en lo bueno y en lo malo. Sinceramente sois la parte fundamental de todo lo que hago. Y por último a ti, Nacho, por formar parte de mi familia, por hacer que sienta que cada día es especial, que cada esfuerzo merezca la pena. Gracias por tu apoyo, por tus consejos y tus correcciones, que han sido una parte fundamental de este trabajo.

INDICE

1. Introducción	1
1.1 Epidemiología y comorbilidad física en el trastorno mental grave.....	3
1.1.1 Magnitud y relevancia.....	3
1.1.2 Causas de la comorbilidad física asociada	9
1.2 Intervenciones para el control de la morbilidad.....	13
1.2.1 Principales programas para el seguimiento de la patología física en el ámbito de la atención primaria.....	13
1.2.1.1. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el paciente con diabetes	14
1.2.1.2. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el paciente con hipertensión arterial.....	16
1.2.1.3. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	17
1.2.1.4. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad	18
1.2.1.5. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias	20
1.2.1.6. Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el cáncer de mama.....	21
1.2.1.7. Programa Clave de atención Interdisciplinar en el cáncer de Cérvix.....	22
1.2.2 Principales programas para el seguimiento de la patología física en el ámbito de la salud mental.....	22
1.2.2.1. Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia	23
1.2.2.2. Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Trastorno Bipolar.....	26
1.2.3 Experiencias en el <i>screening</i> y seguimiento de la patología física.....	30
2. Justificación, hipótesis y objetivos	34
2.1 Argumentos justificativos	34
2.2 Hipótesis	36
2.3 Objetivos	36
2.3.1 Objetivos generales	36
2.3.1 Objetivo específico	36
3. Material y Método	37
3.1 Diseño del estudio	37

3.2	Sujetos del estudio	37
3.3	Procedimiento	38
3.4	Instrumentos.....	39
3.4.1	Protocolo <i>ad hoc</i> de variables sociodemográficas y clínicas	39
3.4.2	Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria ...	39
3.4.3	Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia ..	44
3.4.4	Consenso Español de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar	45
3.5	Variables	47
3.5.1	Variables que se recogieron en el protocolo <i>ad hoc</i> de variables sociodemográficas y clínicas.....	47
3.5.2	Variables de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria	47
3.5.3	Variables utilizadas para la evaluación del Consenso de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia	49
3.5.4	Variables utilizadas para la evaluación del Consenso de Salud Física Trastorno Bipolar	50
3.6	Análisis de datos	50
3.7	Consideraciones éticas.....	51
4.	Resultados	52
4.1	Descripción general de la muestra.....	52
4.1.1	Variables sociodemográficas y clínicas	52
4.1.2	Hábito tabáquico	55
4.1.3	Parámetros analíticos	56
4.1.4	Medidas antropométricas	57
4.2	Seguimiento de la patología física según los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria	58
4.2.1	Datos clínicos registrados en el historial clínico de atención primaria..	58
4.2.2	Parámetros analíticos registrados en el historial clínico de atención primaria.....	59
4.2.3	Medidas antropométricas registradas en el historial clínico de atención primaria.....	60
4.2.4	Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes	61
4.2.5	Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial	63
4.2.6	Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	65

4.2.7 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad	67
4.2.8 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias	68
4.2.9 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el cáncer de mama ...	70
4.2.10 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el <i>screening</i> de cáncer de cérvix	71
4.3 Impacto en la salud física de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar	71
4.3.1 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes.	71
4.3.2 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial.....	71
4.3.3 Impacto de Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad	71
4.3.4 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias	72
4.4 Seguimiento de la patología según los Consensos Españoles sobre Salud física.....	73
4.4.1 Seguimiento de la patología física según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia.	73
4.4.1.1. Seguimiento en neoplasias	73
4.4.1.2. Seguimiento en enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares	74
4.4.1.3. Otros seguimientos de salud general	79
4.4.1.4. Seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y una enfermedad física diagnosticada	80
4.4.1.5. Seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y parámetros metabólicos alterados.....	81
4.4.2 Seguimiento de la patología física según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar.	81
4.4.2.1. Anamnesis	81
4.4.2.2. Exploración física	82
4.4.2.3. Analítica	86
4.4.2.4. Seguimiento de la salud física en pacientes con trastorno bipolar y una enfermedad física diagnosticada.....	88
4.4.2.5. Seguimiento de la salud física en pacientes con trastorno bipolar y parámetros metabólicos alterados	89
5. Discusión	90

5.1 Limitaciones de la investigación	103
5.2 Líneas futuras de investigación	104
6. Conclusiones.....	106
7. Referencias bibliográficas	107
8. Anexos	119
8.1 Anexo I. Aprobación del Comité Ético Regional.....	119
8.2 Anexo II. Aprobación de la Comisión de Investigación del HUCA.....	120
8.3 Anexo III. Aprobación de la Subdirección de Enfermería	121
8.4 Anexo IV. Permiso del Centro de Salud Mental de la Corredoria.....	122
8.5 Anexo V. Permiso del Centro de Salud Mental de la Ería	123
8.6 Anexo VI. Hoja de registro de datos: protocolo <i>ad hoc</i> de variables sociodemográficas y clínicas	124
8.7 Anexo VII. Hoja de registro de datos: Programas Clave de Atención Interdisciplinar	125
8.8 Anexo VIII. Hoja de registro de datos: Consensos Españoles de Salud Física.....	132
8.9 Anexo IX. Consentimiento informado.....	138

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de mortalidad por causa, año y porcentaje de mortalidad total atribuible	4
Tabla 2. Enfermedades físicas más frecuentes en pacientes con trastorno mental grave.	5
Tabla 3. Prevalencia de la comorbilidad física en el trastorno mental grave en la literatura	6
Tabla 4. Prevalencia de factores de riesgo según la patología mental.	6
Tabla 5. Criterios diagnósticos de diabetes mellitus (Según ADA 2010).....	14
Tabla 6. Valores de referencia de glucosa para una persona con diabetes en ayunas según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes. ..	15
Tabla 7. Clasificación según niveles de presión arterial según las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología.	16
Tabla 8. Valores de referencia de glucosa para una persona con diabetes en ayunas según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial.....	17
Tabla 9. Clasificación de la obesidad (OMS).	18
Tabla 10. Clasificación del perímetro abdominal según sexo y el riesgo cardiovascular	19
Tabla 11. Valores de referencia del índice de masa corporal para una persona con obesidad según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad.	20
Tabla 12. Valores de colesterol óptimos, intermedios-altos, altos y muy altos.....	20
Tabla 13. Valores de referencia para una persona con dislipemia según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias.	21
Tabla 14. Recomendaciones del Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia.....	26
Tabla 15. Recomendaciones del Consenso Español de Salud Física del paciente con Trastorno Bipolar.	29
Tabla 16. Protocolo de seguimiento en pacientes con diabetes.	40
Tabla 17. Protocolo de seguimiento en pacientes con hipertensión arterial.....	41
Tabla 18. Protocolo de seguimiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	42
Tabla 19. Protocolo de seguimiento para pacientes con obesidad..	43
Tabla 20. Protocolo de seguimiento para pacientes con dislipemias..	43
Tabla 21. Protocolo de seguimiento para el <i>screening</i> de cáncer de mama..	44
Tabla 22. Protocolo de seguimiento para el <i>screening</i> en cáncer de cérvix.....	44
Tabla 23. Protocolo de control de salud física en el paciente con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio.....	45

Tabla 24. Protocolo de monitorización de salud física en el paciente con trastorno bipolar..	46
Tabla 25. Características sociodemográficas de la población de estudio..	52
Tabla 26. Hábito tabáquico. Edad de inicio, años fumando y media cigarrillos/día.. 56	
Tabla 27. Puntuaciones en los test de Fragerström y Glover Nilsson	56
Tabla 28. Determinaciones analíticas de la muestra de estudio..	56
Tabla 29. Medidas antropométricas de la muestra de estudio..	57
Tabla 30. Parámetros analíticos registrados en el historial clínico de atención primaria..	60
Tabla 31. Medidas antropométricas registradas en el historial clínico de atención primaria..	60
Tabla 32. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes..	71
Tabla 33. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial..	72
Tabla 34. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad..	72
Tabla 35. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias..	73

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Patología física recogida mediante entrevista y revisión del historial clínico de salud mental.	54
Gráfica 2. Antecedentes familiares de patología física de los participantes.	55
Gráfica 3. Pluripatología física.	55
Gráfica 4. Patología física registrada en el historial clínico de atención primaria.	59
Gráfica 5. Seguimiento conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes.	62
Gráfica 6. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con diabetes.	63
Gráfica 7. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con hipertensión arterial.	64
Gráfica 8. Seguimiento inadecuado no conforme el Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con hipertensión arterial.	65
Gráfica 9. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	66
Gráfica 10. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	66
Gráfica 11. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad.	68
Gráfica 12. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con obesidad.	68
Gráfica 13. Seguimiento según Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con dislipemias.	70
Gráfica 14. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Interdisciplinar en pacientes con dislipemias.	70
Gráfica 15. Parámetros evaluados conforme al consenso para la prevención de enfermedades neoplásicas en pacientes con esquizofrenia.	74
Gráfica 16. Seguimiento inadecuado y no conforme al consenso para la prevención de neoplasias en pacientes con esquizofrenia.	74
Gráfica 17. Control del peso en pacientes con esquizofrenia.	75
Gráfica 18. Control del índice de masa corporal en pacientes con esquizofrenia.	75
Gráfica 19. Control del perímetro abdominal en pacientes con esquizofrenia.	76
Gráfica 20. Control de la tensión arterial en pacientes con esquizofrenia.	76
Gráfica 21. Medidas antropométricas evaluadas conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia.	77
Gráfica 22. Medidas antropométricas no evaluadas conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia.	77
Gráfica 23. Control de parámetros analíticos conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia.	79

Gráfica 24. Parámetros analíticos no realizados conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia.	79
Gráfica 25. Control del peso en pacientes con trastorno bipolar.....	83
Gráfica 26. Control del perímetro abdominal en pacientes con trastorno bipolar.....	84
Gráfica 27. Control del índice de masa corporal en pacientes con trastorno bipolar.	84
Gráfica 28. Medidas antropométricas evaluadas conforme al consenso en pacientes con trastorno bipolar.....	85
Gráfica 29. Medidas antropométricas medidas de manera inadecuada respecto al consenso para pacientes con trastorno bipolar.....	86
Gráfica 30. Parámetros analíticos medidos conforme al consenso en pacientes con trastorno bipolar... ..	87
Gráfica 31. Parámetros analíticos realizados de manera inadecuada respecto al consenso para pacientes con trastorno bipolar.....	87

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- ADN-VPH: Prueba diagnóstica en el cáncer de cérvix.
- ADA: American Diabetes Association.
- AF: Antecedente familiar.
- ATP: Antipsicótico.
- BQ: Bioquímica.
- Colesterol HDL: Colesterol de lipoproteínas de alta densidad.
- Colesterol LDL: Colesterol de lipoproteínas de baja densidad.
- Colesterol T: Colesterol total.
- Dx: Diagnóstico.
- ECG: Electrocardiograma.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- FC: Frecuencia cardiaca.
- FEV: Volumen máximo expirado en el primer segundo.
- FR: Factor de riesgo.
- FVC: Capacidad vital forzada.
- F.20: Diagnóstico de esquizofrenia.
- F.31: Diagnóstico de trastorno bipolar.
- Gluc: Glucemia.
- HbA1c: Hemoglobina glicosilada.
- HG: Hemograma.
- HTA: Hipertensión arterial.
- IAM: Infarto agudo de miocardio.
- IC: Insuficiencia cardiaca.
- IMC: Índice de masa corporal.
- IOG: Intolerancia oral a la glucosa.
- MAP: Médico de atención primaria.
- N: Número.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- P. Abd: Perímetro abdominal.
- PCAI: Programa Clave de Atención Interdisciplinar.
- Rº: Registro.
- Sat: Saturación de oxígeno.
- SCORE: Riesgo cardiovascular en los próximos 10 años.
- SM: Síndrome metabólico.
- TA: Tensión arterial.

- TAD: Tensión arterial sistólica.
- TAS: Tensión arterial diastólica.
- TGC: Triglicéridos.
- TSH: Hormona estimulante de la tiroides.
- VCM: Volumen corpuscular medio.
- VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*. Prueba diagnóstica en sífilis.
- VHB: Virus de la Hepatitis B.
- VHC: Virus de la Hepatitis C.
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- VPH: Virus del papiloma humano.

1.INTRODUCCIÓN

Es ampliamente conocido que el porcentaje de morbi-mortalidad asociado a patologías físicas en pacientes con trastorno mental grave es elevado respecto a la población general.^{1,2,3} Más del 50% de los pacientes tienen una comorbilidad médica asociada y mortalidad prematura.⁴ Sin embargo, podemos decir que la prevención y control es posible. La mayoría de los factores de riesgo corresponden a aquellos que llamamos modificables. La monitorización, el cambio de estilos de vida y las intervenciones son la llave de la mejora.^{4,5}

Hay evidencia de que un alto porcentaje de pacientes con patologías somáticas metabólicas no tienen tratamiento pautado ni seguimiento específico están infradiagnosticados y no reciben la atención médica que precisan.^{6,7,8} Además, la falta de seguimiento y tratamiento tiene consecuencias negativas para la salud, la calidad de vida y en años de vida potencialmente perdidos.^{6,9} En la actualidad, se considera que la prevención y el tratamiento de las enfermedades somáticas son un pilar fundamental, y por ello, estos pacientes deben ser incluidos en programas de *screening* y los profesionales deben trabajar para mejorar sus estilos de vida.¹⁰

Hay descritas diversas intervenciones que demuestran ser eficaces en el control de la morbilidad.^{11,12,13} La prevención primaria mejora el riesgo cardiovascular.¹⁴ Además, la monitorización de parámetros bioquímicos y la educación en estilos de vida puede ser beneficiosa.^{15,16} Una intervención programada o protocolizada frente a la usual obtiene mejores resultados.^{5,17} Además, hay evidencia de que la colaboración entre los profesionales de atención primaria y los profesionales de salud mental es esencial para mejorar la salud física de los pacientes con trastorno mental grave⁴.

Actualmente para el seguimiento y control de la patología física en pacientes con trastorno mental grave se han desarrollado múltiples programas.^{18,19} La publicación de los Consensos Españoles sobre Salud Física en pacientes con Esquizofrenia²⁰ y Trastorno Bipolar²¹ producen un cambio, una mejora en la atención integral del enfermo por parte del equipo de salud mental. Dos años después de la publicación de los Consensos Españoles de Salud física, los parámetros aconsejados en el *screening* de la patología física son monitorizados en mayor medida.²² Aunque por otro lado, el pilotaje de otros estudios muestra que un elevado porcentaje de pacientes mantienen parámetros bioquímicos anormalmente elevados. Por tanto, estos estudios evidencian

una falta de control o seguimiento de la patología física tanto por parte de su psiquiatra, como su médico de atención primaria.¹⁹

Por ello en esta tesis doctoral parece pertinente describir la situación actual y el control de la patología física por parte del equipo de atención primaria, responsables del seguimiento de la patología somática en todos los pacientes. Por otro lado, parece pertinente evaluar el impacto de los programas en la salud física de los pacientes. Además, es importante conocer cómo se realiza el seguimiento de la patología física por el equipo de salud mental, ya que estos profesionales cuentan con las recomendaciones de los Consensos Españoles de Salud Física.

Nuestro estudio supondrá un punto de partida para describir la situación actual abriendo camino al desarrollo y diseño de intervenciones eficaces.

1.1 Epidemiología y comorbilidad física en el trastorno mental grave

1.1.1 Magnitud y relevancia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades mentales son un problema de salud pública de primer orden con graves repercusiones en la morbimortalidad y calidad de vida de los pacientes que la padecen. Su importancia reside en que constituyen un impacto mayor que las enfermedades metabólicas, en cuanto a discapacidad y carga por enfermedad, con una disminución importante de la esperanza de vida en estos pacientes.^{23,24,25}

Globalmente, existen 450 millones de personas en todo el mundo que padecen una enfermedad mental, y se estima que 1 de cada 4 personas desarrollará algún trastorno mental alguna vez en su vida.²⁶

En la actualidad un 9% de los españoles padecen algún tipo de enfermedad mental, sin embargo, los datos son menos alentadores ya que se estima que esta cifra aumentará considerablemente en un futuro.²⁶

Hablando de los trastornos mentales graves, y refiriéndonos en su mayoría a la esquizofrenia y trastorno bipolar, hemos de decir que, aun siendo menos frecuentes, son, en general, más discapacitantes.

Se estima que en España un 1% de la población desarrollará alguna forma de esquizofrenia en el futuro. Hoy en día, 400.000 personas en nuestro país están diagnosticadas de esquizofrenia. La prevalencia de la esquizofrenia está entre el 0,4-0,6%,²⁷ mientras que el trastorno bipolar puede llegar a afectar a entre el 2 y 5% de la población.²⁸

Estos datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales graves no resultan nada alentadores, especialmente si hablamos de mortalidad. La mortalidad en personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves es elevada.²⁹ Además, los enfermos con trastornos mentales graves tienen tasas más elevadas de mortalidad que la población general.^{2,3,30,31} Así, en el año 2014 las defunciones en personas con trastornos mentales y del comportamiento suponen la 6ª causa de muerte en nuestro país, en pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 70 años, lo que parece ser un dato de muerte prematura.³² Además, durante el año 2008, las defunciones en personas con trastornos mentales graves y del comportamiento supusieron un 4,2%

más que el año anterior.³³ Durante el año 2010, y a pesar de las Estrategias Nacionales enfocadas a la prevención y plan de mejora,³⁴ los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el sexto lugar en la distribución nacional de defunciones por causa.³⁴ Hasta el año 2012, el número de defunciones ha continuado aumentando hasta en un 1%.^{35,36} A partir del año 2013, las defunciones atribuidas a las enfermedades mentales ha experimentado una pequeña reducción,³⁷ aunque esta reducción no es muy significativa. La mortalidad en los trastornos mentales graves se representa en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de mortalidad por causa, año y porcentaje de mortalidad total atribuible.

Total de defunciones por causa y año	Nº defunciones	Porcentaje
Trastornos mentales y del comportamiento 2008	12.879	3,33%
Trastornos mentales y del comportamiento 2009	14.455	3,76%
Trastornos mentales y del comportamiento 2010	14.798	3,87%
Trastornos mentales y del comportamiento 2011	15.276	3,9%
Trastornos mentales y del comportamiento 2012	17.145	4,3%
Trastornos mentales y del comportamiento 2013	16.997	4,3%
Trastornos mentales y del comportamiento 2014	16.977	4,3%
Trastornos mentales y del comportamiento 2015	16.977	4,3%

Además, los pacientes con trastornos mentales graves tienen una esperanza de vida menor respecto a la población general.^{38,39}

La mortalidad prematura podemos relacionarla con una mayor predisposición a padecer trastornos crónicos. Según un estudio en el año 2010, un 45,8% de la muestra padecía algún tipo de trastorno crónico y un 60,1% de la muestra estaban gravemente limitados para las actividades de la vida diaria. Esta limitación se atribuyó en un 30% a la discapacidad física y en un 65,8% a ambas, tanto mental como física.⁴⁰

Los pacientes con esquizofrenia tienen una mayor vulnerabilidad y tasas más elevadas de patología física.⁴¹ Entre las enfermedades físicas más frecuentes en pacientes con esquizofrenia se encuentran las cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, neoplasias, neurológicas, infecciosas y trastornos por el abuso de sustancias.⁴² De estas enfermedades físicas más prevalentes en pacientes con esquizofrenia, la diabetes y el síndrome metabólico tienen tasas más elevadas que en la población general, con una incidencia y prevalencia 2 a 4 veces mayor.⁴³ Además, los pacientes con trastorno mental grave tienen una mayor predisposición de padecer algún tipo de neoplasias como son el cáncer de mama, pulmón y faringe.⁴⁴ Respecto a las enfermedades neurológicas, la sintomatología compatible con el parkinsonismo es mayor en pacientes

Con esquizofrenia que en enfermos de Parkinson. En relación a la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor tasa de insuficiencia cardiaca, arritmias y síncope que el resto de la población.^{20,45}

En pacientes con trastorno bipolar también se han descrito prevalencias elevadas de patologías crónicas respecto a la población general.⁴⁵ Por tanto, los pacientes con trastorno bipolar tienen un desarrollo prematuro y elevado de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, neurológicas y respiratorias.⁴⁶ Además, la prevalencia elevada de patología cardiaca en pacientes con trastorno bipolar respecto a la población general es especialmente llamativa.⁴⁵ Por otro lado, los pacientes con trastorno bipolar tienen una mayor predisposición a padecer hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, con tasas elevadas en comparación con la población general. La obesidad es uno de los principales problemas endocrinometabólicos en pacientes con trastorno bipolar, llegando incluso a duplicar y cuatriplicar la tasa respecto a la población general.^{20, 47} Las principales enfermedades físicas más frecuentes en pacientes con trastorno mental grave se representan en la tabla 2.

Tabla 2. Enfermedades físicas más frecuentes en pacientes con trastorno mental grave⁴⁸

Grupo de enfermedad	Enfermedades según riesgo
Enfermedades bacterianas y micosis	Tuberculosis (+)
Enfermedades Víricas	VIH (++) , Hepatitis B/C (+)
Neoplasias	Cáncer relacionado con la obesidad (+)
Enfermedades musculoesqueléticas	Osteoporosis/disminución de la densidad ósea
Enfermedades del sistema respiratorio	Disfunción pulmonar(+)
Enfermedades genitourinarias en hombres	Disfunción sexual (+)
Enfermedades ginecológicas en mujeres	Complicaciones obstétricas (++)
Enfermedades cardiovasculares	Accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, hipertensión y otras enfermedades vasculares y cardiacas (++)
Enfermedades endocrinometabólicas	Obesidad (++) , diabetes mellitus (+), síndrome metabólico (++) e hiperlipidemia (++)

+ Pruebas convincentes del incremento del riesgo ++ Pruebas muy convincentes del incremento del riesgo

En la literatura hay numerosas investigaciones que recogen datos de las elevadas prevalencias de enfermedades físicas en pacientes con trastorno mental grave como se representa en la tabla 3.

Tabla 3. Prevalencia de la comorbilidad física en el trastorno mental grave en la literatura

Referencia	D(x)	Endocrinas	Cardio-circulatorias	Respiratorias	Diabetes	EPOC	Neoplasias	HTA	SM	Obesidad
Gabilondo A ⁴⁹ . 2017	F.20		1,7%	6,9%	11,5%		2,5%	16,8%		
Sugai T, 2016 ⁵⁰	F.20	33,3 Dislipemias			16,8%			30,5		48,9%
Piñar-Pérez M. 2016 ⁵¹	F.20	60,8% Dislipemias			18,9%			16,5%		40,6%
	F.31	59,8% Dislipemias			13,5%			13,4%		40,9%
Paños M. 2015 ⁵²	F.20	47,2% -			8,2%			16,5%		40,2%
	F.31	Dislipemias								
De Hert M. 2011 ¹⁹	F.20	25/69% dislipemias			10/15%	15%		19-58%	37-63%	45/55%
	F.31	23-38% Dislipemias			8-17%	25%		35-61%	30-49%	21-49%
Subashini R. 2011 ⁵³	F.20				15,3%				34,4%	
Bobes J. 2010 ⁵⁴	F.20	43,3% Dislipemias			8,2%			47,4%		31,8%
Ferrreira L. 2010 ⁵⁵	F.20	59,1% Dislipemias			9,6%			25%	21,9%	64,2%
Bouza C. 2010 ⁵⁶	F.20	16%	15%	15%	8%	5,5%	2,37%			
Correl CU 2010 ⁵⁷	F.20	40% Dislipemias						51%	52%	53%
	F.31	48% Dislipemias						51%	54%	55%
Evans SE. 2009 ⁵⁸	F.31	10%	14,2%	45%						
García MP 2008 ⁵⁹	F.31	36,1% Dislipemias						29,9%	22,4%	
Chafetz L. 2005 ⁶⁰	F.20	1,8%	1,6%		3,1%		0,4%	39%		
McEvoy JC. 2005 ⁶¹	F.20								40,9%	
Goff DC. 2005 ⁶²	F.20				13/3%			27/17%		
Meyer JM. 2005 ⁶³	F.20	14% Dislipemias			11%			20%	35,8%	

La mayoría de los trastornos crónicos señalados en la tabla 3 corresponden a factores de riesgo que pueden ser modificables.⁶⁴ En la tabla 4 se representa la prevalencia de los factores de riesgo modificables en función del diagnóstico de los pacientes (esquizofrenia o trastorno bipolar).⁶⁵

Tabla 4. Prevalencia de factores de riesgo según la patología mental

Factores de riesgo modificables	Esquizofrenia	Trastorno Bipolar
Obesidad	45-55%	21-49%
Tabaquismo	50-80%	54-68%
Diabetes	10-15%	8-17%
Hipertensión	19-58%	35-61%

Dislipemia	25-69%	23-38%
Síndrome metabólico	37-63%	30-49%

La Organización Mundial de la Salud señaló en 2009 que, en pacientes con esquizofrenia, los factores de riesgo anormalmente elevados pueden ser modificables. Estos 6 factores de riesgo descritos por la OMS son: tabaquismo, hipertensión, glucemia elevada, inactividad física, obesidad y dislipemia.^{66,67}

Globalmente las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte.⁶⁸ En España, en el año 2013, 117.484 muertes fueron a causa de las enfermedades del aparato circulatorio.³⁷ La mayoría de los factores de riesgo descritos anteriormente se relacionan directamente con las enfermedades cardiovasculares, lo cual atribuye mayor magnitud al problema.⁶⁸

Teniendo en cuenta estos datos podemos considerar que las enfermedades físicas en pacientes con trastorno mental grave son un problema de gran trascendencia, no solamente por la mortalidad, sino también por el alto porcentaje de años potenciales de vida perdidos.^{25,64}

En cuanto a calidad de vida hemos de tener en cuenta que el impacto de los trastornos mentales es superior que en otras enfermedades crónicas.²⁶

Además, estas tasas elevadas de morbilidad y mortalidad disminuyen la esperanza de vida de los pacientes con esquizofrenia en al menos 10 años en comparación con la población general.^{25,69} Otros estudios reseñan que los pacientes con esquizofrenia tienen esta expectativa de vida reducida entre 15 y 30 años respecto a la población general.^{2,30,70,71}

En pacientes con trastorno bipolar las enfermedades suponen un gran impacto en el funcionamiento, ocupando el sexto lugar en enfermedades que causan discapacidad de carácter global.⁷² Además, las enfermedades somáticas enmascaran el pronóstico del trastorno bipolar y dificultan el tratamiento y la recuperación, empeorando significativamente la calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar.⁷³

Por otro lado, debemos señalar que los trastornos mentales graves tienen la necesidad de tener un cuidador principal. El cuidador principal dedica hasta 9 horas diarias al enfermo. Estos cuidados del cuidador principal generan un impacto en su esfera psicológica, con sentimientos de preocupación y restricciones en su vida social.⁷⁴

Finalmente cabe destacar que, dada la importancia de los problemas de salud física en los pacientes con trastorno mental grave, el análisis de costes económicos adquiere una especial importancia. Así, aunque no existen datos para valorar el coste económico exacto, podemos decir que el 46% corresponde a costes sanitarios. Dentro de estos costes, la incapacidad representa el 21,8% y la mortalidad prematura el 21,6%.⁷⁵ Las consecuencias económicas de la pérdida de salud son realmente amplias. A nivel global, el impacto económico de la comorbilidad física en los trastornos mentales graves es muy elevado.

Como conclusión a todos los datos anteriormente expuestos debemos señalar que existen razones suficientes para concienciar a los profesionales de la magnitud del problema que se plantea, es decir, la patología física en los pacientes con trastorno mental grave es elevada y su seguimiento es escaso. Además, debemos señalar que los factores de riesgo de las enfermedades físicas asociadas a los trastornos mentales graves son modificables, es decir, es posible la prevención primaria, pero aun así el aumento y la prevalencia estimada de estas patologías físicas continúan siendo muy elevadas. Dado que las enfermedades mentales constituyen una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos y el aumento de la mortalidad prematura, parece lógico pensar que la actuación a nivel preventivo y el control de los factores de riesgo son prioritarios.

1.1.2 Causas de la comorbilidad física asociada

Como ya se ha citado anteriormente, las causas de los problemas de salud física se atribuyen mayoritariamente a estilos de vida inadecuados, jugando un papel muy importante la dieta insaludable, el sedentarismo... consecuentemente, existe una alteración de parámetros antropométricos y metabólicos que anteceden la aparición de estas patologías físicas. A continuación, se describen las enfermedades físicas más prevalentes en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar:⁶⁶

- Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas más prevalentes son el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, la hepatitis B y la hepatitis C. Las patologías infecciosas se relacionan con el uso de drogas por vía parenteral y con comportamientos sexuales de riesgo.⁴⁹

- Enfermedades metabólicas y cardiovasculares

La incidencia de enfermedades metabólicas y cardiovasculares es significativa por factores como la edad, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el escaso autocuidado.^{76,77} De estos factores de riesgo debemos destacar que la obesidad y el tabaquismo son los más importantes en el aumento de enfermedades metabólicas.^{20,21} Entre las causas relacionadas con la prevalencia de diabetes cabría destacar el estilo de vida, la predisposición genética y el tratamiento farmacológico.¹⁹

Por otro lado, los factores de riesgo que se deben tener en cuenta para el desarrollo de patología médica asociada son los que se enumeran a continuación:

- Síndrome metabólico

Este factor de riesgo es especialmente relevante. Además, se ha relacionado significativamente con el desarrollo de diabetes mellitus y enfermedades coronarias, así como algunas neoplasias.⁷⁸ Está caracterizado por al menos 3 de los siguientes criterios: perímetro abdominal en varones >102cm y en mujeres >88cm; colesterol HDL en varones <40mg/dl y en mujeres <50mg/dl; tensión arterial >130/85; triglicéridos >150mg/dl; glucemia >100mg/dl.^{21,79} Una vez más la inactividad física, el tabaquismo y la dieta inadecuada son factores predecesores de síndrome metabólico.¹⁹

- Obesidad

Una de las principales causas de desarrollo de patologías físicas es la obesidad. La obesidad se ha convertido en un importante problema de magnitud global.^{53,80} Además, cabe reseñar que los pacientes obesos tienen incrementado el riesgo de padecer trastornos metabólicos como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunas neoplasias. La obesidad abdominal en pacientes con trastorno mental es además otro de los factores pronósticos de desarrollo de enfermedades cardiovasculares.⁸¹ Varios estudios destacan la obesidad como una circunstancia altamente prevalente tanto en pacientes con esquizofrenia como aquellos con trastorno bipolar (59,2% y 24% respectivamente).^{53,58} Además la obesidad es un factor de riesgo muy prevalente en los trastornos mentales graves respecto a la población general.⁸²

En los pacientes con trastorno mental grave, la obesidad se relaciona con estilos de vida inadecuados, sedentarismo y dieta inadecuada.⁶⁶

- Sedentarismo

En Europa, el problema de la inactividad física es muy significativo.⁵⁵ En general, se ha producido un descenso de la demanda de energía física en la mayoría de la población debido a las comodidades de un mundo globalizado. Es preocupante la escasa práctica de ejercicio físico en pacientes con trastorno mental grave.⁸³ Numerosas investigaciones describen la inactividad como un hábito perjudicial en este tipo de pacientes.^{66,84} Así, algunos estudios revelan que el 64% de los pacientes son sedentarios, ya sea por la falta de conocimientos o por las escasas habilidades de practicarlo.⁸⁵ Además, otras investigaciones revelan que los pacientes con trastorno mental grave invierten hasta 13 horas al día en actividades sedentarias, 3 horas más que la población general.⁸⁶ Teniendo en cuenta que una vida sedentaria duplica los riesgos prematuros de padecer enfermedades cardiovasculares, el sedentarismo constituye una de las mayores epidemias.

- Dieta

Hablando de estilos de vida, se ha mencionado en varias ocasiones el protagonismo de una dieta inadecuada en pacientes con trastorno mental grave. En estos pacientes los hábitos nutricionales están lejos de cumplir los requisitos de una dieta equilibrada. Algunas referencias destacan el bajo consumo de vegetales y frutas en hombres con trastorno mental grave, y un consumo significativamente mayor de calorías y grasas

saturadas.⁸⁷ El problema radica en la relación entre el consumo de grasas saturadas y el incremento de los niveles de colesterol total y el índice de masa corporal.

Además, la interrelación de obesidad, sedentarismo y dieta inadecuada conlleva un mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares.⁶⁶

- Tabaco

El tabaco constituye la droga legal más consumida en el mundo y son ampliamente conocidos los efectos adversos de éste en la salud.⁵⁵ Además, los efectos del tabaco interactúan negativamente con la aparición de otros factores de riesgo cardiovasculares como son: la hipertensión arterial y la diabetes.⁵⁵ Diversos estudios describen una alta prevalencia de fumadores en pacientes con enfermedades mentales, desde un 54,5% hasta un 68%.^{55,87,88,89,90}

- Alcohol

El consumo de alcohol, otra de las drogas legales más aceptadas en nuestro país, es un factor de riesgo de varias enfermedades en pacientes con trastorno mental grave. Se ha descrito que la prevalencia de consumo de alcohol en esta población es de hasta el 64%.⁸⁷ Además, la cantidad de calorías vacías inherentes a las bebidas alcohólicas por gramo de alcohol consumido contribuyen al aumento del sobrepeso.

- Tratamiento farmacológico

No podemos restar importancia al papel que juega el tratamiento antipsicótico en el aumento de la morbilidad, incluyendo antipsicóticos de primera y segunda generación.⁹¹ Diversos estudios constatan que el aumento del peso es un efecto indeseado de los antipsicóticos, afectando a entre un 15 y 65% de los pacientes.^{92,93,94} También hay que mencionar que los antidepresivos y estabilizadores del ánimo producen este efecto secundario.⁹⁵ Además, los antipsicóticos atípicos tienen mayor predisposición a producir enfermedades como la diabetes mellitus.^{96,97} El aumento de peso tiene un efecto directo ante la toma de antipsicóticos. Además, el aumento del peso agrava la aparición de enfermedades cardiometabólicas y aumenta el riesgo de síndrome metabólico.^{98,99,100}

- Infradiagnóstico y escaso seguimiento

Como hemos mencionado anteriormente, la mayoría de las causas y los factores de riesgo de los problemas de salud física corresponde a aquellos que llamamos

modificables. Sin embargo, resulta llamativo que la comorbilidad física en la esquizofrenia pasa inadvertida. Los pacientes con trastorno mental grave tienen un menor acceso a los recursos sanitarios, por tanto, una inequidad injustificable en el tratamiento.^{101,102,103,104} Además, todavía hay discrepancias en la prestación de cuidados. Los protocolos y los programas de seguimiento no son globalmente utilizados lo que contribuye a desenlaces desfavorables para la salud física.¹⁰⁵

Los factores de riesgo fáciles de cuantificar como son la obesidad y la tensión arterial son poco evaluados en pacientes con enfermedad mental grave, aumentando así, el riesgo metabólico. Además, los factores de riesgo que predisponen la aparición de enfermedades físicas debido a la toma de fármacos antipsicóticos, no son habitualmente evaluados ni por psiquiatras ni médicos de atención primaria.¹⁰⁶ Otros estudios han cuantificado el precario seguimiento en pacientes con dislipemias, hipertensión arterial y diabetes, pues el 88%, 62% y 30,2% de ellos, respectivamente, no tenía controles de salud por parte del personal sanitario.¹⁰⁷ Alarmantes son también los datos que revela un estudio acerca del *screening* de la patología física.¹⁸ Éste determina que sólo el 25% de los clínicos realizaba mediciones del perímetro abdominal y el 58% de los pacientes afirmaban que no se les había medido nunca. La monitorización de la presión arterial solamente se realizaba en el 45% de los pacientes, y determinaciones de glucosa y el perfil lipídico solamente se realizaba en el 43% y 29% de los casos, respectivamente. Continuando con la escasa exploración de factores de riesgo en pacientes con trastorno mental grave, podemos decir también que el registro de antecedentes personales y familiares de patología física es poco valorado.¹⁸

Conocer las causas asociadas a la alta prevalencia de patología física debe ser un objetivo primordial. Esto nos permite evaluar la efectividad de las medidas terapéuticas existentes y el éxito de las estrategias de prevención.

Afortunadamente la existencia de bibliografía que describe el nivel de infradiagnóstico en los pacientes con trastornos mentales y el interés acerca de cómo las enfermedades físicas merman la salud y calidad de vida de estos pacientes ha ido creciendo, y se han desarrollado así programas eficaces como los que se describirán en apartados posteriores.¹⁰⁸

1.2 Intervenciones para el control de la morbilidad

1.2.1 Principales programas para el seguimiento de la patología física en el ámbito de atención primaria

En nuestra comunidad, para el seguimiento y atención integral de las personas con un determinado problema de salud se desarrollaron los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI). Los programas fueron creados con el objeto de protocolizar acciones para patologías consideradas prioritarias. Cada programa integra las intervenciones y la atención de salud de un problema determinado.

Los programas Clave de Atención Interdisciplinar utilizados y desarrollados en nuestro estudio son:

- PCAI diabetes
- PCAI hipertensión arterial
- PCAI enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- PCAI en pacientes con obesidad
- PCAI en pacientes con dislipemia
- PCAI en el *screening* de cáncer de mama
- PCAI y *screening* de cáncer de cérvix

El diseño de estos programas incorpora los indicadores clave para facilitar la consecución de objetivos y mejorar la monitorización de patologías físicas. Además, estos programas ofrecen una atención a la salud homogénea, accesible y centrada en satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.

La población diana a la que van dirigidos estos programas son pacientes con sospecha clínica de una patología somática y pacientes con factores de riesgo o factores predisponentes a desarrollar una enfermedad somática. Además, algunas recomendaciones van dirigidas a la población general, es decir, se realizan actividades preventivas a todos los usuarios según criterios de edad.

Todos los programas incluyen aspectos como el diagnóstico y el tratamiento en función del grado y la severidad de la enfermedad. Además, los programas recogen la detección precoz, el tratamiento ambulatorio y el tratamiento hospitalario de la enfermedad. Y por último, los programas describen las respectivas indicaciones y prevención de las complicaciones derivadas de cada patología.

1.2.1.1 Programa Clave de Atención Interdisciplinar a pacientes con diabetes

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico caracterizado por la presencia de hiperglucemia debido a un defecto en la secreción y/o acción de la insulina. Las cifras elevadas y mantenidas de glucemia se asocian con secuelas a largo plazo: lesiones, disfunción y fallo de órganos como pueden ser los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.¹⁰⁹

La prevalencia de diabetes en España es del 13,8%. Además, la diabetes tiene un índice de mortalidad de 13,1 casos de cada 100000. Por otro lado, la diabetes se asocia principalmente con la enfermedad coronaria.¹⁰⁹

Para el diagnóstico y cribado de la diabetes se desarrollan los siguientes criterios en el programa,¹¹⁰ representados en la tabla 5:

Tabla 5. Criterios diagnósticos de diabetes mellitus (Según ADA 2010)¹¹⁰

Criterios diagnósticos de diabetes mellitus
Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) y glucemia al azar, superior a 200mg/dl, encontrados de manera casual.
Glucemia plasmática en ayunas (no ingesta calórica al menos 8 horas antes) superior igual o superior a 126mg/dl.
Glucemia superior a 200mg/dl, dos horas después de una sobrecarga oral de glucosa.
Hemoglobina glicosilada $\geq 6,5\%$.

Así mismo, las recomendaciones del programa para pacientes con diabetes son las siguientes:

- Consejos en estilos de vida saludables y control de los factores de riesgo: consejos en ejercicio físico, dieta, consejo antitabaco y consejo para la reducción del consumo de alcohol. Además, se debe realizar un control de la tensión arterial. Éstos consejos y seguimientos deben recibirlos todos los pacientes con diabetes.
- Control de las cifras de glucemia: en pacientes insulino dependientes se deben reevaluar las cifras de glucemia anualmente y en pacientes a tratamiento con antidiabéticos orales se debe reevaluar la glucemia si las cifras están fuera de rango.

- Control de la hemoglobina glicosilada: si la hemoglobina glicosilada es menor a 6,5-7% el seguimiento se realizará cada 6 meses. Si la hemoglobina glicosilada es superior a 6,5-7% el seguimiento se realizará cada 3 meses.
- Control y revisión del pie diabético: todos los pacientes con diabetes deben recibir consejos de los autocuidados de los pies. Aquellos pacientes con riesgo bajo recibirán un seguimiento anual, aquellos con riesgo moderado tendrán un seguimiento trimestral o semestral y aquellos pacientes con riesgo alto tendrán un seguimiento mensual o cada 2 meses.
- Prevención de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus: se debe realizar un cribado de la retinopatía diabética. En pacientes con diabetes tipo 1 el cribado se realizará anualmente después de los 5 años del diagnóstico. En pacientes con diabetes tipo 2 el cribado se realizará cada 2 años. Además, se realizará anualmente un cribado de la nefropatía diabética. Por otro lado, para el control de la nefropatía diabética se realizará una analítica con creatinina y albúmina. En todos los pacientes se debe realizar un control del peso, tensión arterial y perfil lipídico con una frecuencia anual.
- Evaluación del beneficio del seguimiento: se evaluará anualmente si los niveles de glucemia están en rango, si tienen un control parcial de la glucemia o un mal control de la glucemia.

Para evaluar si los niveles de glucemia están en rango, tienen un control parcial o un mal control tomaremos como valores las medidas de glucemia en ayunas según las recomendadas en el programa. Estas cifras de glucemia las presentamos en la tabla 6.

Tabla 6. Valores de referencia de glucosa para una persona con diabetes en ayunas según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

Clasificación	Glucemia en rango	Control parcial	Mal control
Glucemia en ayunas	Entre 65-145mg	145-162mg	>162mg

En el apartado 3.4 instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con diabetes.

1.2.1.2 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta. Aproximadamente, el 25% de la población adulta padece hipertensión arterial. Con un seguimiento adecuado y valores normales de presión arterial se puede reducir la morbimortalidad.^{111,112}

Según las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología, los pacientes hipertensos pueden clasificarse según los valores de presión arterial que mantengan, como se representa en la tabla 7.^{111,112}

Tabla 7. Clasificación según niveles de presión arterial según las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología

Clasificación	Presión arterial sistólica		Presión arterial diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

A continuación, se describen las recomendaciones del programa¹¹³ para el cribado de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial:

- Consejos en estilos de vida saludables: el médico de atención primaria debe dar consejos dietéticos, consejo para el aumento de la actividad física y consejos para la reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Éstos consejos y seguimientos deben recibirlos todos los pacientes con hipertensión arterial.
- Realizar una anamnesis completa: se deben registrar los antecedentes de factores de riesgo tanto de enfermedades cardiovasculares, enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades concomitantes. Además, se debe realizar un control y seguimiento de medidas antropométricas (peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal). En la anamnesis se debe incluir también un estudio básico de sangre y la realización de un electrocardiograma. Éstos seguimientos deben recibirlos todos los pacientes con hipertensión arterial.

- Prevención de riesgos cardiovasculares: se debe evaluar en todos los pacientes el riesgo SCORE (riesgo cardiovascular del paciente en los próximos 10 años) y se recomienda la realización de un fondo de ojo en pacientes diabéticos e hipertensos.
- Control de cifras de tensión arterial: en pacientes hipertensos, sin riesgo añadido y con una tensión arterial de 160/100mmhg se realizarán controles cada 3 o 6 meses. Por otro lado, en pacientes hipertensos, con riesgo añadido bajo y tensión arterial menor a 140/90mmhg se realizarán controles anuales.
- Evaluación de los beneficios del seguimiento: se evaluará anualmente si hay una tensión arterial en rango, una tensión arterial parcialmente controlada o un mal control de tensión arterial.

Para evaluar si los niveles de tensión arterial están en rango, tienen un control parcial o un mal control tomaremos como valores las medidas de tensión arterial recomendadas en el programa. Estas cifras de tensión arterial las presentamos en la tabla 8

Tabla 8. Valores de referencia del glucosa para una persona con diabetes en ayunas según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

Clasificación	TA en rango	Control parcial	Mal control
Cifras de TA	TAS entre 120-129 TAD entre 80-84	TAS entre 130-139 TAD entre 85-89	TAS >140 TAD >90

En el apartado 3.4 Instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con hipertensión arterial.

1.2.1.3 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por un bloqueo persistente al flujo de aire que altera la respiración normal y no es totalmente reversible. Se estima que el EPOC lo padecen el 9% de los adultos mayores de 40 años y el 20% de los mayores de 65 años. El EPOC ocasiona una importante morbimortalidad e incapacidades secundarias entre sus portadores. Una de sus principales causas es el tabaquismo, es decir, un factor de riesgo modificable. Si bien la enfermedad puede ser

evitable, no es curable, pero el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y la atención precoz puede mejorar el diagnóstico. Por tanto, a continuación, se describen las recomendaciones dirigidas a la atención de pacientes con sospecha clínica así como diagnóstico de EPOC.¹¹⁴

- **Consejos en estilos de vida:** de manera primordial el programa recomienda que los profesionales den consejos antitabaco, tanto a los enfermos crónicos como a la población general.
- **Pruebas diagnósticas:** se realizará a todos los pacientes una espirometría.
- **Seguimiento:** se realizará una evaluación y control de peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia respiratoria y una auscultación cardiopulmonar. Además, los pacientes con EPOC deben recibir la vacunación antigripal y neumocócica de manera anual. Por otro lado, el médico responsable debe cuantificar el consumo de tabaco en los fumadores.
- **Control de los factores de riesgo:** en los pacientes con sintomatología leve/moderada/grave se deben evaluar los factores de riesgo y la sintomatología 1 vez al año. En los pacientes con sintomatología muy grave se deben evaluar los factores de riesgo y la sintomatología cada 6 meses.

En el apartado 3.4 Instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con EPOC.

1.2.1.4 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

La obesidad se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal es un indicador que establece la relación talla/peso y es utilizado para identificar el sobrepeso en adultos. En la tabla 9 se representa la clasificación de la obesidad según la Organización Mundial de la Salud.^{111,112}

Tabla 9. Clasificación de la obesidad (OMS)

Clasificación	Valores
Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado 1	30-34.9
Obesidad grado 2	35-39.9
Obesidad grado 3	>40

El perímetro abdominal es otro factor de riesgo importante. En la tabla 10 se representa la clasificación del perímetro abdominal según la OMS.^{111,112}

Tabla 10. Clasificación del perímetro abdominal según sexo y riesgo cardiovascular

Sexo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Hombres	<94cm	Entre 94-102cm	>102cm
Mujeres	<80cm	Entre 80-88cm	>88cm

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud establece que un 13% de la población adulta era obesa y que un 39% tenía sobrepeso. Los valores de índice de masa corporal eran mayores a 30 y superiores a 25, respectivamente.^{111,113}

Los estilos de vida, como para la mayoría de patologías, son los principales factores de riesgo.

La obesidad supone una doble carga de morbilidad. Además, la obesidad tiene un índice elevado de mortalidad, por la comorbilidad médica asociada y otras patologías predisponentes.

Tanto desde un plano colectivo como individual, la obesidad, como sus patologías asociadas, son fácilmente prevenibles y modificables. El seguimiento y una intervención sencilla pueden suponer una gran mejora en la salud física de los pacientes. En nuestra comunidad, el consenso de expertos ha elaborado una serie de recomendaciones tanto para su prevención primaria como secundaria. El protocolo de control en pacientes con obesidad se muestra a continuación:

- Consejos en estilos de vida saludables: al menos 3 veces al año y para todos los pacientes se deben dar consejos en estilos de vida saludables (dieta y ejercicio), realizar una monitorización nutricional y dar consejos de reducción de la ingesta de alcohol.
- Seguimiento de la obesidad: se debe realizar un control del peso cada 3 meses y un perfil lipídico anual.
- Evaluación de los beneficios del seguimiento: se evaluará anualmente si hay una reducción del índice de masa corporal, si el paciente obtiene un índice de masa corporal en rango o si no hay ninguna reducción del índice de masa corporal.

Para evaluar si los valores de índice de masa corporal están en rango, hay una reducción del índice de masa corporal o no hay ninguna reducción del índice de masa corporal tomaremos como valores las medidas de índice de masa corporal

según las recomendadas en el programa. Estas medidas de índice de masa corporal las presentamos en la tabla 11.

Tabla 11. Valores de referencia del índice de masa corporal para una persona con obesidad según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

Clasificación	IMC en rango	IMC reducción gradual	IMC fuera de rango
IMC	Entre 18,5-24,9	Entre 25-29,9	>30

En el apartado 3.4 Instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con obesidad.

1.2.1.5 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

Las dislipemias son patologías en las cuales se altera la concentración de los lípidos sanguíneos. Las dislipemias involucran a diversas situaciones clínicas en las que existen concentraciones anormales de colesterol total, colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL) y los triglicéridos.

Las dislipemias son la causa principal de la arteriosclerosis y constituyen el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Estos factores de riesgo han de ser correctamente controlados y mantenidos dentro de rangos normales como los que representamos en la tabla 12.^{111,112}

Tabla 12. Valores de colesterol óptimos, intermedios-altos, altos y muy altos

Factor de riesgo	Óptimo	Intermedio-alto	Alto	Muy alto
Colesterol total	200mg/dl	200-239mg/dl	≥240mg/dl	
Colesterol LDL	100-129mg/dl	130-159mg/dl	160-189mg/dl	≥190mg/dl
Triglicéridos	<150mg/dl	150-199mg/dl	200-499mg/dl	≥500mg/dl
Colesterol HDL	>40mg/dl			

Como para las patologías que mencionados anteriormente, la prevención y eliminación de los factores de riesgo de las dislipemias es fundamental. Por ello, en nuestra comunidad contamos con una serie de recomendaciones para el seguimiento de estas patologías como las que desarrollamos a continuación:

- Seguimiento de las dislipemias según criterios de severidad: en un paciente con una hiperlipemia leve/moderada se darán consejos en estilos de vida saludables, se evaluará anualmente el peso, la tensión arterial y se realizará un perfil lipídico anual, solamente se pondrá tratamiento oral si es necesario. En un paciente con una hiperlipemia severa se darán los consejos en estilos de vida saludables y se monitorizará cada 6 meses la tensión arterial, el peso y se realizará un perfil lipídico.
- Seguimiento según los factores de riesgo: el riesgo SCORE debe evaluarse una vez al año en todos los pacientes. Si el riesgo SCORE es mayor o igual al 5% se debe introducir tratamiento oral y realizar un control analítico semestral. Si el riesgo SCORE es menor al 5% se realizará un control analítico semestral.
- Evaluación de los beneficios del seguimiento: se evaluará anualmente si el paciente alcanza niveles en rango de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos óptimos, si hay una mejoría parcial o ninguna mejoría en estos valores.

Para evaluar si los niveles de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos están en rango, tienen un control parcial o un mal control tomaremos como valores las medidas de colesterol total, LDL y triglicéridos según las recomendadas del programa. Estos valores para las dislipemias los presentamos en la tabla 13.

Tabla 13. Valores de referencia para una persona con dislipemia según el programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

Clasificación	Cifras en rango	Control parcial	Mal control
Cifras de colesterol T	<200mg/dl	200-239mg/dl	>240mg/dl
Cifras de colesterol LDL	120-129mg/dl	130-159 mg/dl	>160mg/dl
Cifras de triglicéridos	<150mg/dl	150-199mg/dl	>200mg/dl

En el apartado 3.4 Instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con dislipemias.

1.2.1.6 Programa clave de atención interdisciplinar en el *screening* de cáncer de mama

El cáncer de mama se considera un problema de índole mundial. Existen aproximadamente 10 millones de casos de cáncer de mama en el mundo, además, en nuestra comunidad los enfermos por cáncer de mama han incremento de manera

importante durante los últimos años, y aunque la mortalidad se ha visto reducida, la prevención primaria es la medida más eficaz.⁴⁴

La mamografía es la técnica radiológica más válida indicada para detectar cánceres en estadios precoces y sin sintomatología. Para el fin último de reducir la mortalidad es necesaria la alta participación de usuarios en programas de cribado.¹¹⁵ En nuestra comunidad las recomendaciones para el cribado del cáncer de mama son las siguientes:

- Cribado en el *screening* de cáncer de mama: se debe realizar una mamografía bienal en mujeres entre 50 y 69 años. Las mujeres con riesgos asociados deben ser derivadas al especialista.

En el apartado 3.4 Instrumento se recogen las tablas que representan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en el *screening* del cáncer de mama.

1.2.1.7 Programa Clave de Atención Interdisciplinar de seguimiento en el *screening* en cáncer de cérvix

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de fallecimiento por cáncer en los países desarrollados. La mayoría de los cánceres diagnosticados aparecen en estadios avanzados, por ello, para su control se requieren intervenciones eficaces que incluyen la detección temprana y el tratamiento precoz. El *screening* es nuevamente la opción más válida, por ello es necesario contar con programas sistematizados y realizar un cribado adecuado.⁴⁴ En nuestra comunidad contamos con las siguientes recomendaciones:

- Seguimiento en mujeres mayores de 25 años y sexualmente activas: se realizarán 2 citologías durante 2 años consecutivos, si ambas son negativas, el seguimiento se realizará de manera trienal hasta los 65 años.
- Seguimiento en mujeres mayores de 65 años: si las citologías son negativas se realizarán de manera trienal. Si hay alguna citología anormal se repetirán a los 6 y 12 meses y se derivará a la paciente al especialista.

1.2.2 Principales programas para el seguimiento de la patología física en el ámbito de salud mental

La elevada prevalencia de patologías somáticas en pacientes con trastorno mental grave, por su magnitud e importancia, indica la necesidad de diseñar medidas de movilización y planes estratégicos de acción específicos para enfermos con trastorno mental grave.²⁰

Así mismo, el aumento de la morbilidad y mortalidad, la presencia de factores de riesgo modificables y el infradiagnóstico de patologías metabólicas en estos pacientes conlleva a entender mejor la magnitud del problema. Por tanto, se considera necesaria la elaboración de guías y protocolos para el tratamiento y seguimiento de la patología física en el trastorno mental grave.^{20,116}

Durante los años 2008-2010 fueron publicados los Consensos Españoles de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar. En estos consensos se establecen las recomendaciones para procedimientos diagnósticos, la evaluación de la salud física y las intervenciones más eficaces para prevenir y/o controlar los factores de riesgo de las principales enfermedades físicas. Para el desarrollo de los consensos se crearon grupos de trabajo formados por un médico especialista asesor y un grupo de psiquiatras. A través del consenso de todos los expertos se establecieron las intervenciones diagnósticas, de monitorización, de prevención y terapéuticas más indicadas.²⁰

1.2.2.1 Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia de las Sociedades de Psiquiatría y Psiquiatría biológica

En el Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia²⁰ se consensuaron las intervenciones destinadas a la prevención y/o tratamiento de las enfermedades médicas más prevalentes y seguimiento de sus factores de riesgo. Por tanto, se identificó la necesidad de control y monitorización en patologías como:

- Enfermedades Infecciosas

Como hemos mencionado anteriormente, respecto a las enfermedades infecciosas (Hepatitis B, C y Virus de la Inmunodeficiencia humana), los pacientes con esquizofrenia tienen mayor prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana que la población general.⁴⁹ Además, el conocimiento de la enfermedad es inferior que en la población sin trastorno mental grave.²⁰

Los factores de riesgo a tener en cuenta para el desarrollo de éstas enfermedades son; el uso de drogas por vía parenteral y la promiscuidad sexual sin protección.

Por tanto, las recomendaciones consensuadas fueron: la realización de una serología basal a todos los pacientes o al menos a aquellos que tengan conductas de riesgo. Además, se realizarán serologías periódicamente si existiesen patrones de conducta sexual de riesgo. Se explorarán así mismo la existencia o no de conductas de riesgo y

se proporcionará educación sanitaria cuando proceda. La derivación al especialista está indicada para infecciones positivas.

- Neoplasias

Las enfermedades neoplásicas, como mencionamos anteriormente, tanto en enfermos con trastorno mental grave como en la población general tienen una prevalencia elevada.⁴⁹ En este caso, algunos tipos de cánceres se relacionan con una mayor incidencia en pacientes con enfermedad mental. De cualquier modo se establece que el control de la morbilidad por cáncer y el desarrollo de actividades preventivas han de ser prioritarios.

Por tanto, se han de incluir en las historias clínicas datos de seguimiento en neoplasias como: el registro de antecedentes familiares de neoplasias, el registro de hábitos alimenticios y sexuales, los registros de sedentarismo, el control del índice de masa corporal, la medición de prolactina y una exploración física. Además, el consenso indica la prevención y educación sanitaria según recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer.

- Enfermedades endocrinometabólicas

Como hemos mencionado en la prevalencia patología física, las enfermedades endocrinometabólicas, entre ellas la diabetes, tienen una incidencia mayor en pacientes con esquizofrenia que en la población general.¹¹⁷ Además, como ya hemos señalado debemos destacar la relación entre el desarrollo de esta patología y la utilización de algunos antipsicóticos, por ello, se precisa una mayor necesidad de seguimiento¹¹⁸. El síndrome metabólico también está descrito con una incidencia superior en enfermos con trastorno mental grave que en la población general, por ello, se recomienda la monitorización de sus parámetros metabólicos.¹¹⁹ Para todo ello, en el momento del diagnóstico de la patología mental grave se tomarán medidas antropométricas como peso, altura, índice de masa corporal, perímetro abdominal, tensión arterial y frecuencia cardiaca. Además, sería necesario el control de una hematemetría, perfil lipídico completo, creatinina, glucemia y un electrocardiograma (ECG). Si los parámetros son normales se repetirán anualmente, excepto las medidas antropométricas y constantes vitales, que se realizarán cada 6 meses. En caso de aumento de peso o cambio de tratamiento es necesaria la repetición en la monitorización de todos los parámetros anteriormente citados. La educación en estilos de vida (dieta y ejercicio físico) debe ser

también realizada. Si los parámetros están fuera de los rangos normales el psiquiatra debe derivar al paciente al especialista.

- Enfermedades neurológicas

En cuanto a las enfermedades neurológicas debemos destacar el aumento del parkinsonismo y la discinesia derivados de los efectos secundarios del tratamiento. Estos síntomas han de ser valorados en todos los pacientes. Así mismo, en pacientes a tratamiento con antipsicóticos de primera generación se realizará el seguimiento de estos síntomas cada 3 meses. En pacientes a tratamiento con antipsicóticos de segunda generación se realizará el seguimiento de esta sintomatología cada 6 meses.

- Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiacas por su elevada prevalencia tienen una mención especial en el consenso. Por ello, sus factores de riesgo son susceptibles de ser monitorizados. El seguimiento de los factores de riesgo se realizará como los indicados anteriormente para patologías endocrinometabólicas.

- Enfermedades respiratorias

Entre las enfermedades respiratorias destacan la mala función respiratoria y el aumento de síntomas respiratorios en pacientes con esquizofrenia. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la apnea del sueño son las más prevalentes.¹⁹ El tabaquismo, descrito anteriormente como uno de los principales factores de riesgo, es uno de los principales parámetros a monitorizar. Por ello, los psiquiatras deben recomendar disminuir el hábito tabáquico en todos los pacientes. Además, se debe incluir la exploración física con auscultación. En caso de síndrome de apnea del sueño se debe realizar una historia clínica específica y valorar el grado de somnolencia diurna. Si hubiese una descompensación respiratoria es necesario el ajuste de sedantes y benzodiacepinas.

Además, existen recomendaciones para otras patologías como son:

- Registro de cambios en estado de la visión.
- Recomendar revisiones anuales por el odontólogo.
- Control adecuado del protocolo de clozapina por riesgo de agranulocitosis.

Para todas estas patologías médicas asociadas se ha elaborado un informe final con las recomendaciones de seguimiento. Las recomendaciones de seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia se representan en la tabla 14

Tabla 14. Recomendaciones del Consenso Español sobre Salud Física del paciente con Esquizofrenia

	Parámetros de control	Basal	3 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	Observaciones
Neoplasias	Antecedentes personales y familiares Exploración física Hábitos tóxicos	X X X						Valoración del deseo de deshabituación y fases de cambio
Endocrinometabólicas y cardiovasculares	Función sexual y comportamientos de riesgo Electrocardiograma Tensión arterial y FC IMC y perímetro abdominal Hematimetría Bioquímica general (perfil lipídico completo, glucemia, creatinina y función hepática)	X X X X X		X X X	X X X	X X X	X X X	Si hay comportamientos sexuales de riesgo, repetir serologías Seguimiento, si hay factores de riesgo cardiovascular Excepto si: >125mg/dl en glucemia repetir en la siguiente visita Repetir a las 10 semanas y a los 6 meses tras un cambio de tratamiento antipsicótico Repetir si hay incremento del peso >5%
Infecciosas	Serología (VHB, VHC, VIH, VDRL, papiloma virus) Perfil hormonal (TSH, Prolactina)	X X		X			X	Repetir si hay prácticas de riesgo Si hay clínica de galactorrea repetir la determinación de prolactina
Neurológicas	Valoración de efectos extrapiramidales y discinesia tardía Revisión del tratamiento antipsicótico	X X	X	X	X	X	X	Cada 3 meses si el tratamiento es con antipsicóticos típicos

1.2.2.2 Consenso Español de Salud Física del paciente con Trastorno Bipolar

En el Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar²¹ se establecen las recomendaciones diagnósticas e intervenciones necesarias para detectar y prevenir la aparición de factores de riesgo somáticos que merman la calidad, esperanza de vida y funcionamiento en pacientes con trastorno bipolar.

A continuación, se recogen las recomendaciones de los expertos y el consenso sobre intervenciones terapéuticas, diagnósticas y preventivas recomendadas en el seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno bipolar.

- Patología cardiovascular

Como medidas diagnósticas el consenso señala la importancia de la toma de la presión arterial de manera basal (primera visita) y posteriormente en cada visita. Si la presión arterial está en rangos normales se medirá de nuevo a los 3 meses y posteriormente las determinaciones de tensión arterial se realizarán cada 6 meses. Si el paciente tiene una presión arterial mayor a 140/90mmhg se deben repetir las mediciones. En caso de hipertensión arterial no controlada el psiquiatra debe derivar al paciente al especialista.

Como medidas de prevención y educación en estilos de vida el consenso recomienda una dieta adecuada con bajo contenido en sal y la realización de ejercicio físico.

- Patología endocrinometabólica

Las medidas diagnósticas para este grupo de patologías son la determinación de manera basal (primera visita) del peso, talla, índice de masa corporal y la medición del perímetro abdominal. Además, deben realizarse determinaciones de glucosa, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, TSH y prolactina, ésta última, solamente en caso de trastornos menstruales y disfunción sexual. Posteriormente y en cada visita se debe realizar una determinación del peso. Si estas determinaciones están dentro de rangos normales se repetirán anualmente. En caso de determinaciones elevadas, es decir, con cifras de glucemia entre 100 y 120mg/dl, de TSH superiores a 6mU/l o de prolactina >20ng/ml, las mediciones se repetirán anualmente. Además, también se debe realizar una nueva determinación de TSH a los 3 y 6 meses de iniciar tratamiento con litio. En presencia de síndrome metabólico y con una ganancia de peso superior al 7% se monitorizarán, cada 6 meses, los parámetros anteriormente citados (glucosa, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, TSH y prolactina).

Las medidas de prevención recomendadas en el consenso son el seguimiento de una alimentación adecuada y la práctica regular de ejercicio físico.

En caso de dislipemia, hipertrigliceridemia, síndrome metabólico o diabetes el paciente ha de ser derivado a su médico de atención primaria. Además, con unas cifras elevadas de TSH o una hiperprolactinemia con repercusión clínica, mayor a 200ng/ml, el psiquiatra debe valorar la derivación al endocrino.

- Patología infecciosa

Como medidas diagnósticas se deben realizar determinaciones serológicas de forma basal, así como si existen sospechas de prácticas de riesgo.

Las medidas de prevención recomendadas son la vacuna de la hepatitis B en pacientes sin infección evidente. Y en caso de enfermedad activa el psiquiatra debe derivar al paciente al especialista.

- Recomendaciones en mujeres en edad fértil

En el consenso se recogen recomendaciones, medidas terapéuticas y preventivas en mujeres en edad fértil, pero no se describen en esta tesis porque no se han podido valorar en el presente estudio, ya que en los historiales clínicos no tenemos esta información disponible.

- Manejo de adicciones

Las medidas diagnósticas contempladas son el registro del consumo de sustancias tanto de forma basal (primera visita) como en cada visita. Además, se debe realizar un hemograma incluyendo la determinación del volumen corpuscular medio (VCM) y el perfil hepático, así como marcadores del consumo de alcohol.

Como medidas de prevención se deben dar consejos en cuanto a estilos de vida y consejos de los riesgos asociados al consumo de sustancias.

Por otra parte, para los fumadores las medidas terapéuticas recomendadas son el consejo para la reducción y cese del consumo de tabaco.

- Prevención y mortalidad por suicidio

El consenso recomienda que en el historial clínico se deben recoger datos como los antecedentes personales y familiares de intentos de suicidio, así como el abuso de sustancias. Además, como medidas preventivas se ha de explorar la ideación suicida en cada visita.

- Otros trastornos médicos y recomendaciones

En el historial clínico debe registrarse información de la historia clínica personal como aparición de ulcus péptico, migraña, enfermedad respiratoria y alergias. Además, en

todos los pacientes se debe realizar una anamnesis completa incluyendo antecedentes familiares y personales, tanto físicos como psiquiátricos. Deben recogerse también los antecedentes personales y familiares de suicidio, el consumo de sustancias y la posible medicación concomitante. Otra vez más, debemos reiterar la importancia de la recogida de datos acerca de estilos de vida, dieta y ejercicio.

Todas estas intervenciones recomendadas en el Consenso Español de Salud Física del paciente con Trastorno Bipolar aparecen resumidas en la tabla 15.

Tabla 15. Recomendaciones del Consenso Español de Salud Física del paciente con Trastorno Bipolar

	Primera Visita	En cada visita	Visita Anual	Observaciones
Anamnesis	Antecedentes personales físicos y psiquiátricos Antecedentes familiares físicos y psiquiátricos Antecedentes familiares y personales de suicidio Signos y síntomas de enfermedad orgánica Medicación concomitante Estilos de vida (dieta y ejercicio)	Evaluar signos y síntomas de nueva aparición Evaluar ideación suicida		
	Tiempo de evolución, cantidad, edad de inicio y motivación para el abandono del hábito tabáquico Frecuencia y cantidad del consumo de alcohol Otros abusos y adicciones	Motivación para el abandono del tabaco Consumo de alcohol Otras adicciones		
Exploración física	Peso, talla, cálculo del índice de masa corporal, perímetro abdominal, presión arterial y frecuencia cardíaca	Peso, cálculo del índice de masa corporal, presión arterial y frecuencia cardíaca	Perímetro abdominal	
Analítica	Hemograma (VCM) Bioquímica (Ionograma, perfil lipídico completo, función renal, función hepática y glucemia)		Hemograma (VCM) Bioquímica (ionograma, perfil lipídico completo, función renal y hepática y glucemia)	Con un resultado inicial anormal, incremento de peso >5% o varios factores de riesgo cardiovasculares, deben determinarse con más frecuencia
	TSH, prolactina, VIH, VHB, VHC, VDRL		TSH, VIH, VHB, VHC, VDRL	TSH: Medir al inicio de tratamiento con litio y a los 3 y 6 meses Prolactina: realizar solamente si hay trastornos menstruales o disfunción sexual, repetir posteriormente Vacuna de hepatitis B a pacientes sin evidencia de infección Resto, si sospecha de contactos de riesgo

Tratamientos	Recomendar hábitos de estilos de vida saludables Dieta para mantener el peso Ejercicio físico	Recomendaciones al igual que la visita basal Revisión del tratamiento		
--------------	---	--	--	--

1.2.3 Experiencias en el *screening* y seguimiento de la patología física

La prevención primaria supone el pilar fundamental e inequívoco para la disminución de la aparición de la patología física. A nivel global, se han reconocido determinados factores de riesgo que contribuyen a la aparición de patología física. Por ello, existen numerosos estudios que desarrollan intervenciones eficaces para el control de la morbilidad.

Las Sociedades Españolas de Psiquiatría estimaron que la difusión de los consensos españoles de salud física en pacientes con trastorno mental grave sería eficaz y aumentaría el porcentaje de pacientes sometidos a seguimiento. El impacto de los consensos en la salud física de los pacientes se comenzó a evaluar tras su publicación.

- Experiencias en el seguimiento. Consensos Españoles de Salud Física

Un estudio revela que después de la difusión del Consenso Español sobre salud física en pacientes con Esquizofrenia hubo un aumento significativo en la recogida de información sobre predictores de salud física, del orden de un 13,75% más. Este estudio estima un porcentaje del 29,3% de evaluaciones en salud física.²²

Además, se observó un aumento considerable de monitorización de parámetros metabólicos, del orden del 19,45% en todos los parámetros. También aumentó la monitorización del perfil lipídico y glucemia, no siendo éstos últimos significativos. Parámetros diagnósticos como son la realización del electrocardiograma, la toma de tensión arterial, la monitorización de la frecuencia cardíaca y la función hepática también fueron monitorizadas. La mayoría de los clínicos coincidían en que la difusión del consenso les había influido.²²

En cuanto a la prevalencia de patologías físicas se establece que el 46,3% de la muestra tenía hipercolesterolemia, un 33,5% hipertrigliceridemia, un 26% eran hipertensos, un 22,2% tenía obesidad y un 14,5% tenía diabetes mellitus. Por otro lado, se identificó que un 14,7% de los pacientes tenía patologías respiratorias y un 12,8% tenía síndrome metabólico.^{120,121} En este estudio, las prevalencias de patologías físicas se mantienen

respecto a otros estudios. Por tanto, se debe dar una mayor confianza al enfoque preventivo como medida más eficaz para disminuir la incidencia de comorbilidades.

Un estudio que valoró mediante encuesta el seguimiento de la patología física en trastornos mentales graves por un grupo de expertos y clínicos concluye que, para el control de neoplasias, una media del 24% de ambos profesionales solía explorar e interrogar al paciente en búsqueda de síntomas precoces de cánceres de alta prevalencia. Sin embargo, un 25% de los profesionales no evaluaba los síntomas precoces de cánceres en sus pacientes. Por otro lado, el riesgo endocrino metabólico fue el más evaluado, ya que solamente el 1,3% de los expertos y el 6,7% de los clínicos no evaluaban el riesgo endocrinometabólico. La exploración física y la búsqueda de factores de riesgo para patologías endocrino metabólicas eran evaluadas por la mayoría de los profesionales. Un 81% de los expertos y un 70% de los clínicos evaluaban los factores de riesgo de patologías endocrinometabólicas. La educación en estilos de vida recibe un alto porcentaje de seguimiento, pues el 93,3% de los clínicos daban consejos en hábitos de vida saludable. En cuanto al control de enfermedades cardiovasculares se obtuvieron porcentajes de seguimiento similares a los anteriores.^{122,123}

La puesta en marcha de medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas ha aumentado el conocimiento y seguimiento de la patología física por parte de los profesionales. Aunque hoy en día no todos los pacientes reciben los beneficios del seguimiento debido a una inequidad en la asistencia y el incumplimiento de estrategias comunes a todos ellos.

No sólo en nuestro país se pusieron en marcha intervenciones eficaces para la detección precoz de comorbilidad física asociada en el trastorno mental grave. Pues como se ha indicado en varias ocasiones a lo largo de esta tesis, la comorbilidad en el trastorno mental grave es un problema de índole mundial. Estos otros programas de seguimiento consiguieron resultados positivos en cuanto a la detección precoz de patologías físicas como la diabetes. Además, con estas intervenciones han sido posibles los cambios de estilos de vida como el abandono del hábito tabáquico y la reducción del peso. Poco a poco los profesionales han introducido consejos e intervenciones acerca del aumento del ejercicio físico y la implantación de una nutrición adecuada en pacientes con trastorno mental grave.¹⁸

Por otro lado, las intervenciones enfocadas a la reducción de los factores de riesgo obtuvieron buenos resultados, ya que pequeñas modificaciones en el peso, el índice de masa corporal y la reducción de valores de tensión arterial pueden mostrar grandes beneficios.⁸⁷

- Experiencias en el seguimiento. Tabaco

Estudios enfocados al abandono del hábito tabáquico señalan lo ardua que es esta tarea en pacientes con trastorno mental grave. La reducción del hábito tabáquico es complicada por la fuerte relación del hábito y su dependencia.¹²⁴ Aunque el consejo antitabaco de manera individual y colectiva fue efectiva para la deshabitación.¹²⁵ Además, varios estudios señalan que en pacientes estables la deshabitación puede ser exitosa.^{126,127}

- Experiencias en el seguimiento. Obesidad

Las intervenciones basadas en cambios de conductas hacia estilos de vida más saludables fueron propuestas como tratamiento de base para la obesidad. Además, pueden ayudar en la reducción del peso y son más eficaces si combinan dieta y ejercicio.¹²⁸ Otros estudios exponen que incluir el consejo nutricional con el ejercicio aumenta el porcentaje de éxitos.⁸⁷

Un programa basado en el consejo nutricional y el ejercicio físico ayudó a pacientes con esquizofrenia a mejorar sus estilos de vida. En este estudio se reducen significativamente los parámetros como el índice de masa corporal, el perímetro abdominal y la presión arterial sistólica así como la diastólica. Además, los pacientes tenían mayores conocimientos nutricionales al final de la intervención.¹²⁹ Por otro lado, una revisión sistemática concluyó que las intervenciones basadas en la adquisición de estilos de vida saludables, como el ejercicio físico, reducen la incidencia de obesidad¹³⁰

- Experiencias en el seguimiento. Diabetes

Son numerosas las investigaciones que enumeran los beneficios del seguimiento en pacientes con diabetes. Los controles metabólicos de la diabetes previenen complicaciones posteriores. Además, el consejo dietético, nutricional y los consejos de realización de ejercicio físico son el pilar del tratamiento. Una intervención basada en consejos en estilos de vida saludables demostró ser efectiva en pacientes con diabetes.¹³¹ Además, con un adecuado seguimiento se mostró el beneficio en el control de las cifras de glucosa.¹³²

- Experiencias en el seguimiento. Síndrome metabólico

Las intervenciones educativas son de elección para la prevención y control del síndrome metabólico. Estas intervenciones educativas disminuyen todos los factores de riesgo predisponentes para el síndrome metabólico. El cambio de estilos de vida inadecuados por otros más saludables son más importantes que los tratamientos farmacológicos.

133,134,135

Todos los estudios indican la importancia y los beneficios del seguimiento en el control de la patología física. Además, debemos destacar que la monitorización de parámetros metabólicos son la base de las medidas preventivas.^{135,136}

Finalmente, debemos destacar que los pacientes con trastorno mental grave deben tener un adecuado seguimiento en salud física. Como destacamos en apartados anteriores, los pacientes con trastorno mental grave tienen una elevada prevalencia de padecer trastornos crónicos somáticos y el seguimiento de estas patologías físicas es beneficioso. Los profesionales deben valorar e identificar los pacientes con comorbilidad física asociada y así mismo, proporcionarles un adecuado seguimiento. Los profesionales de salud mental constituyen el primer contacto de salud para pacientes con trastorno mental grave, pero debemos destacar, que son los profesionales de atención primaria los principales proveedores de los cuidados en salud. Por tanto, la evaluación del seguimiento en salud física y el impacto de éste seguimiento en la salud física de los pacientes puede ser un precedente en el desarrollo de intervenciones eficaces.

2. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Argumentos justificativos

- Los trastornos mentales graves son un problema de magnitud global. Por su parte, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, aun no siendo los más prevalentes, sí son los trastornos más discapacitantes.
- Los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar tienen una mortalidad elevada a causa de la comorbilidad física asociada. Por tanto, la comorbilidad física asociada aumenta la magnitud del problema que se plantea, esto es la falta de seguimientos de salud física en los trastornos mentales graves.
- Los avances en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la patología física ha aumentado debido al desarrollo de guías, protocolos y programas de salud. Pero por otro lado, la falta de seguimiento e infradiagnóstico todavía es evidente. La falta de control de la patología física convierte a la comorbilidad médica en una carga para el paciente y la sociedad. Además, el inadecuado seguimiento de la comorbilidad física aumenta la prevalencia de morbilidad y disminuye la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental grave.
- La mayor parte de estas enfermedades físicas en pacientes con trastorno mental grave son evitables. Además, la prevención de la comorbilidad física y el seguimiento han demostrado ser eficaces. Por otro lado, la elevada incidencia de patología física se ha relacionado con factores de riesgo modificables como son el sedentarismo, la dieta poco saludable, el consumo de tabaco y la obesidad. Por tanto, la prevención y control de la patología física es posible y modificable.
- La prevención de la patología médica asociada debe ser una intervención prioritaria. Por ello, en nuestro país hay muchas recomendaciones y guías de salud que dan un enfoque intervencionista y de seguimiento para la patología médica asociada. Tanto la estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, como la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones ofrecen estrategias y conductas preventivas en materia de salud. En España, y particularmente en nuestra comunidad, contamos además con los Consensos

Españoles de Salud Física en el paciente con Trastorno Bipolar y en el paciente con Esquizofrenia, y con los Programas Claves de Atención Interdisciplinar para los principales problemas de salud. Estos programas tuvieron un gran impacto y una gran difusión, pero hay evidencia de que los pacientes con trastornos mentales graves están infradiagnosticados e infratratados. Dichos pacientes no reciben la educación en hábitos de vida saludables que precisan. Además, estos pacientes tampoco son incluidos en intervenciones para la modificación de estilos de vida inadecuados. Es decir, sin un adecuado seguimiento, los pacientes con trastorno mental grave no pueden alcanzar un estado de salud óptimo.

- Una intervención temprana combinada con el seguimiento, la prevención primaria, el tratamiento precoz y el cribado de las enfermedades más prevalentes puede dar un enfoque positivo en la reducción la comorbilidad médica asociada en el trastorno mental grave.
- Los resultados del impacto de los consensos de salud física muestran que estos protocolos no son aplicados en la totalidad de la población con trastorno mental grave. Por ello, una nueva evaluación y difusión de estos programas parece adecuada.
- Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar desarrollados por el equipo de atención primaria en nuestra comunidad han demostrado ser eficaces en la población general. Aunque no existen estudios sobre la eficacia de los programas en los pacientes con trastorno mental grave.
- Los programas de prevención y control de la morbilidad deberían abordarse de forma simultánea, ya que la utilización de ambos y el abordaje interdisciplinar se ha descrito como exitoso.
- Por tanto, parece pertinente evaluar el seguimiento de la patología física por parte de atención primaria y del equipo de salud mental y, así como sus beneficios y la prevalencia de comorbilidad física en nuestra muestra a estudio.

2.2 Hipótesis

Mediante la realización de este estudio se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia real de problemas de salud física en pacientes con trastorno mental grave?
- ¿El equipo de atención primaria realiza el seguimiento a pacientes con trastorno mental grave según los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAIS) para enfermos crónicos?
- ¿El cumplimiento de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar tienen un impacto real en la salud de los pacientes con trastorno mental grave?
- ¿Se evalúa el estado de salud física en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar según el Consenso Español de Salud Física por parte del equipo de salud mental?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivos generales

1. Determinar la prevalencia real de problemas de salud física de los pacientes con trastorno mental grave.
2. Estudiar el grado de cumplimiento de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar por el equipo de atención primaria en el último año.
3. Estudiar en qué medida el cumplimiento de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar tienen un impacto real en la salud de los pacientes con trastorno mental grave.

2.3.2 Objetivo específico

Determinar el cumplimiento de los protocolos de control de salud física de los Consensos Españoles de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar por el equipo de salud mental.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal, de un grupo de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar en tratamiento ambulatorio en dos centros de salud mental (centro de salud mental de la Corredoria y centro de salud mental de la Ería). Desarrollado para evaluar la implementación de los programas y consensos sobre salud física disponibles en nuestra comunidad.

3.2 Sujetos del estudio

La población diana estuvo formada por dos poblaciones:

- a. Sujetos con diagnóstico de esquizofrenia.
- b. Sujetos con diagnóstico de trastorno bipolar.

La muestra estuvo formada por pacientes pertenecientes a los centros de salud mental con mayor cobertura del área sanitaria IV de Oviedo (centro de Salud Mental de la Ería y Centro de Salud Mental de La Corredoria). Estos centros fueron seleccionados por su mayor accesibilidad por parte del equipo investigador y por la disponibilidad y permiso de acceso al historial clínico.

La selección de los pacientes se realizó reclutando pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar que cumplieran todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

- *Criterios de inclusión*
 - Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar según criterios CIE-10 en seguimiento ambulatorio en los centros de referencia.
 - Edad comprendida entre los 18 y 65 años.
 - Aceptación voluntaria a participar con consentimiento informado firmado, el cual recoge las condiciones e intervenciones detalladas.
- *Criterios de exclusión*
 - No cumplir los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

La muestra estuvo formada por 122 pacientes, 72 con diagnóstico de esquizofrenia y 50 con diagnóstico de trastorno bipolar. Un total de 8 pacientes fueron excluidos de la muestra porque abandonaron el estudio después de su inclusión en el mismo.

3.3 Procedimiento

Para el presente estudio se contó con la aprobación del Comité Ético Regional (anexo I) además de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias (anexo II). Una vez obtenida esta aprobación se concertó una reunión con la Subdirección de Enfermería de atención primaria y Salud Mental del área IV para presentarle el estudio y obtener también su aprobación (anexo III).

A continuación se presentó el proyecto en los Centros de Salud Mental del Área Sanitaria IV de Oviedo donde se llevó a cabo el estudio obteniendo así mismo el permiso de los responsables de cada centro. Centro de Salud Mental de la Corredoria (anexo IV) y Centro de Salud Mental de la Ería (anexo V).

Previo comienzo del estudio se realizó la distribución de tareas en el equipo investigador y se realizaron sesiones formativas para realizar el registro de datos. Mediante una aplicación informática se registraron los datos obtenidos de las historias clínicas de cada paciente. Las historias clínicas en salud mental se revisaron mediante formato papel y las de atención primaria mediante la aplicación informática existente en el área denominada OMI. Para evaluar el seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno mental grave por los profesionales de salud mental se utilizaron las recomendaciones del Consenso Español sobre Salud Física en pacientes con Esquizofrenia,²⁰ las recomendaciones del Consenso Español sobre Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar.²¹ Y para evaluar el seguimiento de la patología física por parte de los profesionales de atención primaria se utilizaron los seguimientos Programas Clave de Atención Interdisciplinar.^{110,113,114,115} Todas las recomendaciones de los programas están descritos en el apartado de instrumentos. Para el registro de datos se elaboraron los siguientes formularios disponibles en los anexos VI, VII y VIII.

Una vez presentado el proyecto y contando con la aprobación del Comité Ético Regional se comenzó con la reclutación de los pacientes. La captación de los pacientes se llevó a cabo por los miembros del equipo investigador. Se seleccionó la muestra de pacientes que reunían los criterios de inclusión y de manera aleatoria se les invitó a participar en el estudio. Después de explicarle a cada paciente la naturaleza del estudio, si éste accedía a participar firmaba el consentimiento informado (anexo IX). Una vez realizada la inclusión en el estudio se citó a los pacientes para la recogida de datos sociodemográficos, clínicos y hábitos tóxicos. Además se les realizó una analítica completa y la medición de las medidas antropométricas. Los pacientes fueron evaluados en una sola ocasión y simultáneamente se realizó la evaluación de los programas de salud a través de la historia clínica. La medición de las medidas antropométricas y el

control analítico se utilizó para la descripción de la salud general de la población de estudio. La evaluación de la aplicación y utilización de los programas de salud física anteriormente mencionados fue necesaria para describir cómo se realiza el seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno mental grave y para evaluar el impacto de los programas en la salud física.

El registro de los parámetros de seguimiento de salud física se realizó por 4 personas del equipo investigador (enfermeros especialistas en salud mental del área IV) así como la medición de las medidas antropométricas y las extracciones sanguíneas.

Los datos obtenidos se trataron de manera confidencial garantizando el derecho a la intimidad de cada paciente.

3.4 Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizaron cuatro instrumentos:

3.4.1 Protocolo ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas

En este protocolo se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, hábitos tóxicos, parámetros analíticos y medidas antropométricas de la población de estudio (disponible en anexo VI) (véase en detalle las variables que mide este instrumento en el siguiente apartado 3.5 Variables).

3.4.2 Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria

Los Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) se han elaborado para el seguimiento de la patología física crónica en nuestra Comunidad Autónoma y deben ser aplicados por los profesionales de atención primaria, médicos y enfermeros. Cada programa integra las actividades de seguimiento y la frecuencia con que deben ser realizadas en función de cada patología. Destacamos los siguientes programas:

- PCAI diabetes
- PCAI hipertensión arterial
- PCAI enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- PCAI en pacientes con obesidad
- PCAI en pacientes con dislipemia
- PCAI en el *screening* de cáncer de mama
- PCAI y *screening* de cáncer de cérvix

A continuación, se muestran las actividades, intervenciones y parámetros que deben ser evaluados para cada uno de ellos.

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

En la 16 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con diabetes.

Tabla 16. Protocolo de seguimiento en pacientes con diabetes

Cribado de la diabetes	
Recomendaciones	Observaciones
Cribado en población asintomática con un índice de masa corporal >25kg/m ²	Indicado si hay otro factor de riesgo de diabetes Si los valores son normales, repetir cada 3 años
Cribado trienal a la población mayor de 45 años	
Personas con intolerancia a la glucosa deben recibir educación en estilos de vida	Educación en ejercicio físico y dieta
Control de factores de riesgo	
Tabaco	Consejo antitabaco
Dislipemia	Seguir las recomendaciones recogidas en el programa de dislipemias Perfil lipídico anual
Control de tensión arterial	El objetivo es alcanzar valores de tensión arterial sistólica cercanos a 130mmhg y diastólicas cercanas a 80mmhg
Consejo dietético	Reducción del consumo de sal y alcohol
Tratamiento	
Consejo dietético	Especial importancia la reducción energética en personas con obesidad y sobrepeso
Consejo reducción de alcohol	Se debe advertir del riesgo de hipoglucemias
Consejo ejercicio físico	
Consejo antitabaco	En pacientes fumadores
Educación y autocontrol	
Educación en autocuidado y automonitorización	
Control de glucemias	Instruir en el control a pacientes insulino dependientes, reevaluar anualmente Controlar en pacientes con antidiabéticos orales si hay valores fuera de rango Control semestral: si hay una hemoglobina glicosilada por debajo de 6,5%-7%

	Control trimestral: con una hemoglobina glicosilada superior a 6,5%-7%
Cuidados del pie diabético	Educación en todos los diabéticos Revisión anual en pacientes de riesgo bajo Revisión cada 3/6 meses en los de riesgo moderado Revisión cada 1 o 2 meses si el riesgo es alto
Prevención de las complicaciones	
Cribado de la retinopatía	A toda la población En pacientes con diabetes tipo 1: se debe revisar anualmente a partir de los 5 años de diagnóstico Los pacientes con diabetes tipo 2 deben ser explorados en el momento de su diagnóstico. En ellos el control se hará cada dos años Se aconseja un óptimo control de glucemia (hemoglobina glicosilada menor de 6,5%) y de presión arterial menor a 140/80mmhg para prevenir la retinopatía
Cribado de la nefropatía	Realización del cociente albúmina/creatinina en el momento del diagnóstico y después con una periodicidad anual Filtrado glomerular de manera anual Estricto control de glucemias y tensión arterial
Prevención de patología cardiovascular	Control anual de al menos: tensión arterial, perfil lipídico, peso, educación en estilos de vida y consejos

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

En la tabla 17 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con hipertensión arterial.

Tabla 17. Protocolo de seguimiento en pacientes con hipertensión arterial

Cribado de la hipertensión arterial	
Recomendaciones	Observaciones
Toma de tensión arterial a todos los mayores de 18 años	Toma cada 4 o 5 años a pacientes entre los 14 y 45 años Toma cada dos años a pacientes a partir de los 40 años
Factores de riesgo cardiovasculares	Evaluar la presencia de éstos y lesiones en órganos diana
Realizar una anamnesis completa	Antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular Estilos de vida: nutricionales, ejercicio físico y consumo de tabaco, alcohol y drogas Antecedentes personales y otras enfermedades Medición de índice de masa corporal, perímetro abdominal y auscultación Estudio básico de sangre: glucosa, lípidos (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos), potasio, ácido úrico, creatinina y filtrado glomerular estimado. Hemoglobina y hematocrito. Sedimento y cociente albúmina/creatinina en orina Realización de un electrocardiograma

Prevención de riesgos cardiovasculares	
En pacientes hipertensos	Evaluación del Riesgo Score
Pacientes diabéticos y con hipertensión grave	Se recomienda la realización de un fondo de ojo
Tratamiento	
Estilos de vida	Modificación en hábitos de vida y consejos Consejo dieta, antitabaco y ejercicio físico Consejo reducción de peso Consejo reducción de alcohol
Toma de constantes	Hipertensos sin riesgo añadido y con presión arterial <160/100mmhg: cada 3 o 6 meses Hipertensos con riesgo añadido bajo y con presión arterial 140/90mmhg: anualmente
Índice tobillo/brazo	Se realizará a todos los pacientes para descartar la presencia de enfermedad arterial periférica

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En la tabla 18 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Tabla 18. Protocolo de seguimiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cribado y prevención primaria	
Recomendaciones	Observaciones
Consejo antitabaco	A toda la población para frenar la aparición de EPOC Aplicar programas de deshabituación tabáquica
Atención al enfermo crónico	
Realización de una espirometría Evaluación de sintomatología	En el momento del diagnóstico
Evaluación medidas antropométricas	En el momento del diagnóstico se medirán: el peso, talla, índice de masa corporal, frecuencia respiratoria y auscultación cardiopulmonar
Evaluación multidimensional	Estudio funcional completo, técnicas de imagen, pruebas de esfuerzo, calidad de vida, cumplimiento terapéutico y comorbilidad.
Instrucción en el autocuidado	Vacunación antigripal anual Vacunación antineumocócica Consejos en estilos de vida Cuantificación del consumo de tabaco
Reducción de los factores de riesgo y control de la sintomatología	
Consejo antitabaco	Terapia sustitutiva con nicotina
Sintomatología leve/moderada/grave	Control anual de la sintomatología
Sintomatología muy grave	Control semestral

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

En la tabla 19 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con obesidad.

Tabla 19. Protocolo de seguimiento para pacientes con obesidad

Medidas de prevención	
Recomendaciones	Observaciones
Anamnesis completa	Antecedentes personales y familiares Registro de hábitos y estilos de vida Exploración complementaria
Seguimiento en consultas	
Al menos 3 en el año	Seguimiento en estilos de vida Control de peso Control lipídico anual
Actividades educativas	
Consejos	Actividad física, nutricional, reducción de consumo de alcohol
Evaluación de los beneficios	
Si sobrepeso u obesidad	Disminución del índice de masa corporal gradual, índice de masa corporal normal o no reducción

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

En la tabla 20 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse en pacientes con dislipemias.

Tabla 20. Protocolo de seguimiento para pacientes con dislipemias

Seguimiento según criterios de severidad	
Recomendaciones	Observaciones
Si criterios de severidad	Consejos ejercicio/dieta Control de peso Perfil lipídico anual Control tensión arterial anual Consejo antitabaco en fumadores Tratamiento oral si es necesario
Hiperlipemia severa	Consejo ejercicio/dieta Control de peso Control semestral de parámetros analíticos Consejo antitabaco en fumadores Control semestral de la tensión arterial
Seguimiento de factores de riesgo	
Riesgo SCORE	Al menos debe ser evaluado una vez en todos los pacientes
Riesgo SCORE $\geq 5\%$	Introducir tratamiento oral Control analítico semestral
Riesgo Score $< 5\%$	Consejos estilos de vida (dieta y ejercicio) Control analítico semestral

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar para el *screening* de cáncer de mama

En la tabla 21 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse para el cribado de cáncer de mama.

Tabla 21. Protocolo de seguimiento para el *screening* de cáncer de mama

Población a la que va dirigida	
Recomendaciones	Observaciones
Mujeres entre 50-69 años	Mamografía bianual

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar para el *screening* de cáncer de cérvix

En la tabla 22 se presentan los parámetros, intervenciones y actividades que deben realizarse para el *screening* de cáncer de cérvix

Tabla 22. Protocolo de seguimiento para el *screening* en cáncer de cérvix

Medidas de prevención	
Recomendaciones	Observaciones
Control en mujeres mayores o menores de 25 años, sexualmente activas o con más de tres años de episodios de relaciones sexuales	Con una citología negativa se realizará otra al año y si ésta es también negativa se realizarán con carácter trienal hasta los 65 años Si las citologías fueran positivas se debe realizar el protocolo para citologías anormales y derivación al ginecólogo
Control en mujeres mayores de 65 años o historia de cribado inadecuado	Con citologías negativas el cribado se realizará de manera trienal. Con una citología anormal se realizarán controles de citologías a los 6 y 12 meses, y derivación al ginecólogo

3.4.3 Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia

El Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia recoge las actividades destinadas a la prevención y/o tratamiento de las enfermedades médicas más prevalentes.²⁰ Este consenso describe intervenciones de prevención y seguimiento para enfermedades como: las neoplasias, las enfermedades endocrinometabólicas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades infecciosas y las enfermedades neurológicas. El propio consenso marca los tiempos en los que se deben realizar las intervenciones y medición de parámetros, de manera que establece una evaluación basal, una evaluación a los 3 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses. Dependiendo de la patología estos periodos van cambiando. En la siguiente tabla se muestran qué parámetros deben ser evaluados y cuándo deber ser evaluados. Todos

ellos fueron incorporados en las hojas de registro de datos del presente estudio (disponibles en anexo VIII)

También se evaluó si dichos parámetros fueron registrados conforme establece el Consenso Español de Salud Física en Pacientes con Esquizofrenia.²⁰ Los parámetros que deben ser evaluados se representan en la tabla 23.

Tabla 23. Protocolo de control de salud física en el paciente con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio

	Parámetros de control	Basal	3 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses	Observaciones
Neoplasias	Antecedentes personales y familiares Exploración física Hábitos tóxicos	X X X						Valoración del deseo de deshabituación y fases de cambio
Endocrinometabólicas y cardiovasculares	Función sexual y comportamientos de riesgo Electrocardiograma Tensión arterial y FC IMC y perímetro abdominal Hematimetría Bioquímica general (perfil lipídico completo, glucemia, creatinina y función hepática)	X X X X X		X X X	X X X	X X X	X X X	Si hay comportamientos sexuales de riesgo, repetir serologías Seguimiento, si hay factores de riesgo cardiovascular Excepto si: >125mg/dl en glucemia repetir en la siguiente visita Repetir a las 10 semanas y a los 6 meses tras un cambio de tratamiento antipsicótico Repetir si hay incremento del peso >5%
Infecciosas	Serología (VHB, VHC, VIH, VDRL, papiloma virus) Perfil hormonal (TSH, Prolactina)	X X		X			X	Repetir si hay prácticas de riesgo Si hay clínica de galactorrea repetir la determinación de prolactina
Neurológicas	Valoración de efectos extrapiramidales y discinesia tardía Revisión del tratamiento antipsicótico	X X	X	X X	X X	X X	X X	Cada 3 meses si el tratamiento es con antipsicóticos típicos

3.4.4 Consenso Español de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar

En el Consenso Español de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar se recogen las intervenciones terapéuticas, diagnósticas y preventivas recomendadas en el

seguimiento de las patologías más prevalentes. Este consenso describe las intervenciones y las actividades de seguimiento que deben ser realizadas por los psiquiatras en la primera visita del paciente a la consulta (basal), en cada visita posterior y con una frecuencia anual. En la siguiente tabla se muestran los parámetros que deben ser evaluados y el tiempo en que deben realizarse. Todos ellos fueron incorporados en las hojas de registro de datos del presente estudio (disponibles en el Anexo VIII) También se evaluó si dichos parámetros fueron registrados conforme establece el Consenso Español de Salud Física en Pacientes con Trastorno Bipolar.²¹ Los parámetros que deben ser evaluados se representan en la tabla 24.

Tabla 24. Protocolo de monitorización de salud física en el paciente con trastorno bipolar

	Primera Visita	En cada visita	Visita Anual	Observaciones
Anamnesis	Antecedentes personales físicos y psiquiátricos Antecedentes familiares físicos y psiquiátricos Antecedentes familiares y personales de suicidio Signos y síntomas de enfermedad orgánica Medicación concomitante Estilos de vida (dieta y ejercicio)	Evaluar signos y síntomas de nueva aparición Evaluar ideación suicida		
	Tiempo de evolución, cantidad, edad de inicio y motivación para el abandono del hábito tabáquico Frecuencia y cantidad del consumo de alcohol Otros abusos y adicciones	Motivación para el abandono del tabaco Consumo de alcohol Otras adicciones		
Exploración física	Peso, talla, cálculo del índice de masa corporal, perímetro abdominal, presión arterial y frecuencia cardíaca	Peso, cálculo del índice de masa corporal, presión arterial y frecuencia cardíaca	Perímetro abdominal	
Analítica	Hemograma (VCM) Bioquímica (ionograma, perfil lipídico completo, función renal, función hepática y glucemia)		Hemograma (VCM) Bioquímica (ionograma, perfil lipídico completo, función renal y hepática y glucemia)	Con un resultado inicial anormal, incremento de peso >5% o varios factores de riesgo cardiovasculares, deben determinarse con más frecuencia
	TSH, prolactina, VIH, VHB, VHC, VDRL		TSH, VIH, VHB, VHC, VDRL	TSH: Medir al inicio de tratamiento con litio y a los 3 y 6 meses Prolactina: realizar solamente si hay trastornos menstruales o disfunción sexual, repetir posteriormente Vacuna de hepatitis B a pacientes sin evidencia de infección Resto, si sospecha de contactos de riesgo

Tratamientos	Recomendar hábitos de estilos de vida saludables Dieta para mantener el peso Ejercicio físico	Recomendaciones al igual que la visita basal Revisión del tratamiento		
---------------------	---	--	--	--

Se utilizaron hojas de registros de datos con las variables de seguimiento y recomendaciones contempladas tanto en el Consenso Español de Salud Física para Pacientes con Esquizofrenia, el Consenso Español de Salud Física en Pacientes con Trastorno Bipolar y los Programas Clave de Atención Interdisciplinar para patologías crónicas.^{20,21,110,113,114,115}

Aunque el sistema de recogida permitía guardar los datos y volver a retomarlos, los registros se realizaron de manera simultánea en los dos historiales clínicos: salud mental y atención primaria, así como también la determinación y medición de parámetros metabólicos y analíticos.

Todos los datos fueron almacenados en una base de datos diseñada para tal fin.

3.5 Variables

3.5.1 Variables que se recogieron en el Protocolo ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas

- Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo y situación laboral.
- Clínicas: diagnóstico principal (esquizofrenia o trastorno bipolar). Patología física más prevalente y antecedentes familiares de patología física.
- Hábito tabáquico: edad de inicio, años fumando, valor medio de cigarrillos al día, dependencia del hábito tabáquico (Test de Fragerström y Test de Glover-Nilson).
- Parámetros analíticos: glucemia basal, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y prolactina.
- Medidas antropométricas: peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal y síndrome metabólico.

3.5.2 Variables de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria

Estas variables han de estar registradas en el historial clínico de atención primaria y evaluadas por sus profesionales sanitarios (seguimientos generales de salud y

seguimiento según los Programas Claves de Atención Interdisciplinar para patologías crónicas)

- Datos clínicos: prevalencia de patologías físicas como son: enfermedades infecciosas, neoplasias, endocrinometabólicas, del sistema nervioso, del sistema cardiocirculatorio, enfermedades respiratorias, digestivas, urogenitales, renales, osteoarticulares y otras.
- Parámetros analíticos: bioquímica (glucemia, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, albúmina, creatinina, urea y ácido úrico), hemograma y coagulación (medición mensual, trimestral, semestral, anual, bienal, mayor a 2 años y menor de 3 años, mayor a 3 años y menor de 5 años y mayor a 5 años).
- Parámetros metabólicos y su frecuencia de medición: peso, tensión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal, electrocardiograma y puntuación del Riesgo SCORE (medición mensual, trimestral, semestral, anual, bienal, mayor a 2 años y menor de 3 años, mayor a 3 años y menor de 5 años y mayor a 5 años).
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes: seguimiento de parámetros analíticos, medidas antropométricas y tratamiento farmacológico. Evaluación de factores de riesgo presentes. Revisión y prevención de enfermedades concomitantes (revisión del pie diabético, prevención y cribado de la retinopatía, patología renal y nefropatía diabética). Educación para la salud, consejos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas. Además, se evalúa la mejoría clínica y la realización del programa de manera completa, consideramos una evaluación completa cuando se cumplimentan al menos el 80% de los parámetros.
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial: antecedentes familiares y personales, seguimiento de medidas antropométricas y parámetros analíticos. Prevención de riesgos asociados (realización de fondo de ojo, índice tobillo/brazo y riesgo SCORE). Educación para la salud, consejos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas. Además, se evalúa la mejoría clínica y la realización del programa de manera completa, consideramos una evaluación completa cuando se cumplimentan al menos el 80% de los parámetros.
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: seguimiento de parámetros (espirometría anual, tratamiento farmacológico, vacunación antigripal y antineumocócica y pruebas

de esfuerzo). Educación para la salud, consejos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas. Además, se evalúa la mejoría clínica y la realización del programa de manera completa. Consideramos una evaluación completa cuando se cumplimentan al menos el 80% de los parámetros.

- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad: antecedentes familiares y personales, hábitos y estilos de vida, educación para la salud y consejos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas. Además, se evalúa la mejoría clínica y la realización del programa de manera completa, consideramos una evaluación completa cuando se cumplimentan al menos el 80% de los parámetros.
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias: seguimiento de parámetros analíticos, medidas antropométricas y evaluación del riesgo SCORE. Hábitos y estilos de vida, educación para la salud y consejos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas. Además, se evalúa la mejoría clínica y la realización del programa de manera completa, consideramos una evaluación completa cuando se cumplimentan al menos el 80% de los parámetros.
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el *screening* de cáncer de mama: realización de *screening* con una mamografía bienal en mujeres entre los 50 y 69 años, seguimiento específico en función del riesgo (anamnesis, examen físico, analítica y mamografía).
- Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el *screening* cáncer de cérvix: realización de citologías en función de la edad y el riesgo.

3.5.3 *Variables utilizadas para la evaluación del Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia.*

Para cada una de estas variables se evaluó su realización conforme a los tiempos que establece el consenso (evaluación basal, 3 meses, 6 meses, 12 meses, 18 meses y 24 meses del primer contacto del paciente con su terapeuta), como indicamos en la tabla 23.

- Enfermedades infecciosas: realización de una serología basal, evaluación de las conductas de riesgo, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas.
- Neoplasias: registro de antecedentes familiares, evaluación de hábitos y estilos de vida saludables, medidas antropométricas, exploración física, prevención y medidas terapéuticas.

- Enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares: medidas antropométricas, parámetros analíticos, prevención y medidas terapéuticas.
- Enfermedades neurológicas: valoración de sintomatología secundaria a la toma de antipsicóticos, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas.
- Enfermedades respiratorias: diagnóstico y control, auscultación, descompensación respiratoria, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas.
- Otros registros de salud física: seguimiento de pacientes en tratamiento con clozapina, seguimiento en hábitos saludables: visión y estado dental.

3.5.4 *Variables utilizadas para la evaluación del Consenso Español de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar.*

Para cada una de estas variables se evaluó su realización conforme a los tiempos que establece el consenso (evaluación en la primera visita, en cada visita y en cada visita anual del paciente con su terapeuta), como indicamos en la tabla 24.

- Enfermedades infecciosas: realización de una serología basal, evaluación de las conductas de riesgo, seguimiento, prevención y medidas terapéuticas.
- Enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares: evaluación y seguimiento de medidas antropométricas y parámetros analíticos. Prevención y medidas terapéuticas.
- Manejo de adicciones: registro y evaluación del hábito tabáquico y consumo de alcohol. Seguimiento y evaluación de parámetros analíticos, prevención y medidas terapéuticas.
- Prevención de la mortalidad por suicidio: antecedentes familiares y personales de intentos de suicidio, antecedentes familiares y personales de abuso de sustancias y exploración de la ideación suicida en cada consulta.

3.6 Análisis de datos

El análisis de datos se llevó mediante el programa estadístico SPSS versión 17.0. Para el estudio estadístico se elaboró una base de datos donde incluimos todas las variables registradas.

Para los análisis descriptivos se calculó la mediana, mediana, desviación típica e intervalo de confianza. Para evaluar el impacto del programa de salud física en la salud de los participantes se utilizó el test de Fisher. Se aceptó significación estadística cuando el p-valor fue inferior a un nivel de significación del 5%.

3.7 Consideraciones éticas

El diseño y elaboración del proyecto se realizó teniendo en cuenta los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki del año 1964 y respetando todos sus principios básicos. Además el estudio cuenta con la autorización del Comité Ético Regional y el Comité de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.

Todos los datos fueron manejados de manera confidencial durante el estudio y éstos solamente fueron utilizados para la investigación. Además, los datos fueron tratados según la normativa aplicable de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal. Todos los investigadores garantizaron el anonimato, confidencialidad y privacidad de los participantes. Se pidió el consentimiento de los pacientes para la realización de extracciones sanguíneas, la obtención de medidas antropométricas y el acceso a los datos de sus historiales clínicos.

La intervención no supuso ningún riesgo para los participantes. Además, la selección de una muestra determinada de pacientes no discriminó la atención a la salud de otros pacientes no incluidos en este estudio, ya que aquellos no seleccionados continuaron con las pruebas de *screening* realizadas rutinariamente.

4. RESULTADOS

4.1 Descripción general de la muestra.

A continuación, se describen los resultados obtenidos tras la aplicación del protocolo *ad hoc* elaborado para este estudio (se corresponden con los apartados previos 3.4.1 Instrumentos y 3.5.1 Variables).

4.1.1 Variables sociodemográficas y clínicas

La edad media de los participantes es de 43,29 años con una desviación típica de 11,83. La mayoría son varones y se obtuvo la siguiente distribución; el 55,74% son hombres y un 44,26% las mujeres. La mayoría son solteros, tienen estudios primarios o secundarios e inactivos laboralmente como se representa en la tabla 25.

Tabla 25. Características sociodemográficas de la población de estudio

	(%)
Edad media (DT) (años)	43,29 (11, 83)
Sexo, hombres	55,74
Estado civil	
Soltero	58,2
Casado	24,59
Divorciado	9,84
Separado	4,1
Pareja de hecho	1,64
Viudo	1,64
Nivel Educativo	
Primaria básica	28,69
Secundaria-BUP-FP1	25,41
Universitarios	22,95
Bachiller-FP2-COU	22,13
Otros	0,82
Situación laboral	

Incapacidad permanente por enfermedad mental	48,36
Incapacidad permanente por otras causas	0,82
Estudiante	8,2
Jubilado	2,56
Trabajador en activo	13,11
Labores del hogar	3,28
Paro	15,57

Con respecto a las características clínicas el 59,02% tiene un diagnóstico de esquizofrenia y el 40,98% tiene un diagnóstico de trastorno bipolar.

A continuación, describimos la comorbilidad física asociada de la muestra. Las prevalencias de estas patologías físicas se obtienen mediante la información disponible en el historial clínico de salud mental y la entrevista clínica del paciente. Además, para cada una de estas patologías mostramos la prevalencia real de patología física y la patología infradiagnosticada.

Un 1,67% de la muestra tiene una intolerancia oral a la glucosa. Debemos destacar que el 6,55% de la muestra sin diagnóstico de intolerancia oral a la glucosa tiene cifras de glucemia basal mayor de 126mg/dl, es decir, valores diagnósticos de intolerancia a la glucosa.

Un 5,83% de la muestra tiene diabetes tipo 2. Debemos destacar que el 3,27% de la muestra sin diagnóstico de diabetes tiene cifras de glucemia basal mayor de 126mg/dl, es decir, valores pronósticos de diabetes.

Un 15,85% de la muestra está diagnosticada de hipertrigliceridemia, sin embargo, un 8,16% de la muestra sin diagnóstico de hipertrigliceridemia obtiene en la analítica realizada valores de colesterol mayor a 200mg/dl, anormalmente elevados.

Un 14,17% de la muestra tiene diagnóstico de hipercolesterolemia, aunque un 7,37% de la muestra sin diagnóstico de hipercolesterolemia tiene valores mayores de 240mg/dl, es decir, elevados.

El diagnóstico de obesidad obtiene una prevalencia del 30%, sin embargo, un 38,52% de la muestra sin diagnóstico de obesidad tiene un índice de masa corporal mayor a 27kg/m², valor diagnóstico de obesidad.

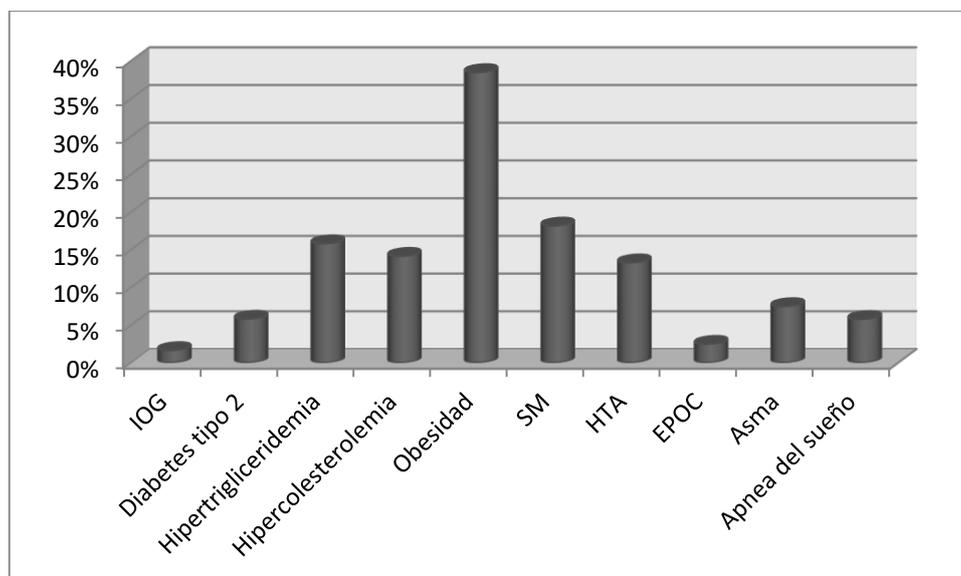
Un 13,3% de la muestra está diagnosticada de hipertensión arterial, sin embargo, un 3,27% de la muestra sin diagnóstico de obesidad tienen una hipertensión arterial grado II.

Las patologías como son la insuficiencia cardiaca, arritmias, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, enfermedades infecciosas (VHB, VHC, VIH) y epilepsia obtienen prevalencias muy pequeñas entre el 0-1,6%.

Las enfermedades respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma y apnea del sueño obtienen las siguientes prevalencias respectivamente: 2,5%;7,5%;5,8%.

Esta prevalencia de patologías físicas que se acaba de describir se representa de forma resumida en la gráfica 1.

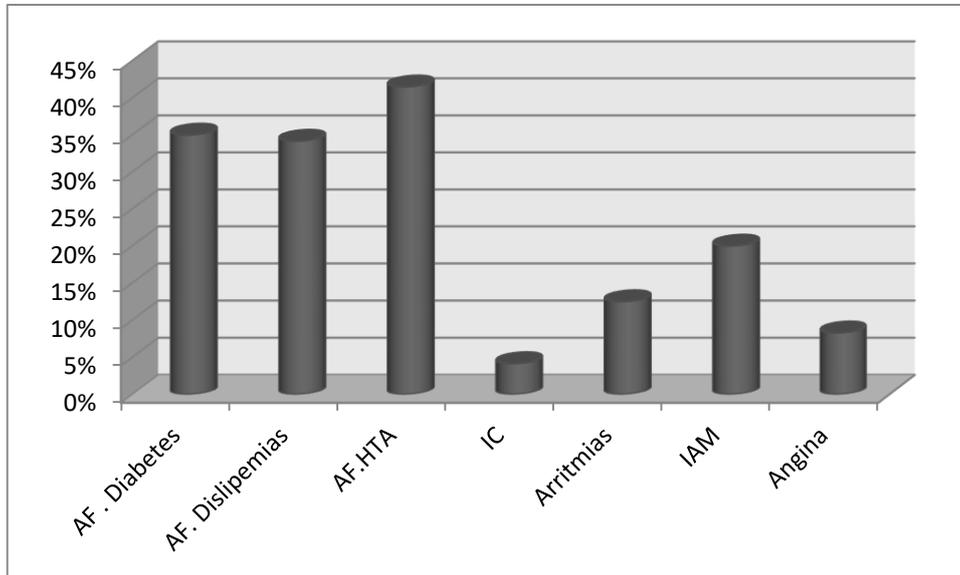
Gráfica 1. Patología física recogida mediante entrevista y revisión del historial clínico de salud mental



La prevalencia de los antecedentes familiares de patología física de los participantes fueron los siguientes: antecedentes familiares de diabetes (35%), antecedentes familiares de dislipemias (34,17%), antecedentes familiares de hipertensión arterial (41,5%), antecedentes familiares de insuficiencia cardiaca (4,17%), antecedentes

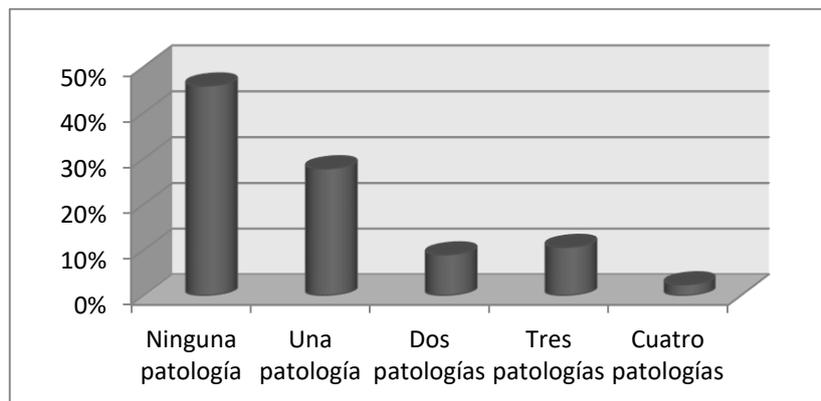
familiares de arritmias (12,5%), antecedentes familiares de infarto agudo de miocardio (20%) y antecedentes familiares de angina de pecho (8,3%). Todos estos antecedentes familiares los representamos en la gráfica 2.

Gráfica 2. Antecedentes familiares de patología física de los participantes



A continuación, realizamos una clasificación de la pluripatología física. El 45,9% de la muestra no tiene diagnósticos de patología somática, el 27,87% tiene una patología física, el 9,02% tiene dos patologías físicas, el 10,66% tiene tres patologías físicas y el 2,46% tiene cuatro patologías físicas. La pluripatología física de la muestra la representamos en la gráfica 3.

Gráfica 3. Pluripatología física



4.1.2 Hábito tabáquico

Respecto al hábito tabáquico, el 46,72% de la muestra son fumadores, el 26,23% son exfumadores y un 27,05% nunca ha fumado.

La tabla 26 muestra el consumo actual de tabaco de la muestra, la edad de inicio, el número de años fumando y la media de consumo de cigarrillos al día

Tabla 26. Hábito tabáquico. Edad de inicio, años fumando y media cigarrillos/día

Consumo de tabaco	Media (DT)
Edad de inicio	16,23 (3,18)
Años fumando	25,14 (12,82)
Cigarrillos/día	21,19 (12,61)

En la tabla 27 se muestra el porcentaje de pacientes en cada nivel de dependencia de acuerdo a los criterios establecidos por el Banco de Instrumentos para la práctica en la psiquiatría clínica.¹³⁷

Tabla 27. Puntuaciones en los test de Fragerström y Glover Nilsson

Test	%
Test de Fragerström	
Dependencia alta (6 a 10 puntos)	47,27
Dependencia media (5 puntos)	40
Dependencia baja (0 a 4 puntos)	12,73
Test de Glover Nilsson	
Dependencia alta (6 a 8 puntos)	10,91
Dependencia moderada (3 a 5 puntos)	54,55
Dependencia leve (0 a 2 puntos)	34,55

4.1.3 Parámetros analíticos

Las determinaciones analíticas de la muestra se representan en la tabla 28.

Tabla 28. Determinaciones analíticas de la muestra de estudio

	Valores
Glucemia basal [media (DT)]	96,62(23,9)
Glucemia basal (>126mg/dl) [%]	55,74
Colesterol total [media (DT)]	194,88 (38,54)
Colesterol total rango normal (<200mg/dl) [%]	55,17
Colesterol total valor intermedio-alto (200-239mg/dl) [%]	34,48
Colesterol total valor alto (>240mg/dl) [%]	10,34
Colesterol LDL [media]	124,43

Colesterol LDL óptimo (100-129mg/dl) [%]	62,61
Colesterol LDL intermedio-alto (130-159mg/dl) [%]	29,57
Colesterol LDL alto (160-189mg/dl) [%]	6,09
Colesterol LDL muy alto (>190mg/dl) [%]	1,74
Triglicéridos [media (DT)]	146,23 (99,54)
Triglicéridos rango normal (<150mg/dl) [%]	66,38
Triglicéridos valor intermedio-alto (150-199mg/dl) [%]	17,24
Triglicéridos valor alto (200-499mg/dl) [%]	14,66
Triglicéridos valor muy alto (>500mg/dl) [%]	1,72
Prolactina [media (DT)]	36,42 (33.61)
Prolactina (>20ng/ml) [%]	66
Prolactina (>200ng/ml) [%]	20,6

4.1.4 Medidas antropométricas

Los parámetros antropométricos medidos en la muestra se representan en la tabla 29

Tabla 29. Medidas antropométricas de la muestra de estudio

	Valores
Peso [media (DT)]	85,33 (18,13)
Perímetro abdominal [media (DT)]	103,28 (14,22)
Mujer con perímetro abdominal de riesgo (>88cm)[%]	37,19
Mujer con perímetro abdominal de riesgo intermedio (80-88cm) [%]	8,26
Mujer con valor óptimo de perímetro abdominal (<80cm) [%]	0,83
Hombre con perímetro abdominal de riesgo (>102cm) [%]	30,58
Hombre perímetro abdominal de riesgo intermedio (94-102cm) [%]	14,2
Hombre con perímetro abdominal óptimo (<94cm) [%]	10,74
Índice de masa corporal [media (DT)]	30,37 (6,31)
Rango normal (IMC 18,5-24,9) [%]	19,83
Pre-obesidad (IMC 25-29,9) [%]	33,06

Obesidad clase I (IMC 30-34,9) [%]	29,75
Obesidad clase II (IMC 35-39,9) [%]	8,26
Obesidad Clase III (IMC >40) [%]	9,09
Síndrome metabólico [%]	18,18
Tensión arterial	
Óptima (TAS <120 y TAD <80mmhg) [%]	39,81
Normal (TAS 120-129 y TAD 80-84mmhg) [%]	30,1
Normal-alta (TAS 130-139 y TAD 85-89mmhg) [%]	16,5
Hipertensión arterial sistólica aislada (TAS>140/TAD<90mmhg) [%]	7,77
Hipertensión arterial grado I (TAD 140-159 y TAS 90-99mmhg) [%]	5,85
Hipertensión arterial grado II(TAS 160-179 y TAS 100-109mmhg)[%]	0,97
Riesgo de comorbilidad	
Ninguno [%]	14,05
Ligeramente aumentado [%]	14,05
Aumentado [%]	28,93
Alto [%]	25,62
Muy alto[%]	17,36

4.2 Seguimiento de la patología física según los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria.

A continuación, se describen los resultados derivado del análisis de datos recogidos en los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en atención primaria (se corresponden con el apartado 3.4.2 Instrumentos y 3.5.2 Variables).

4.2.1 Datos clínicos registrados en el historial clínico de atención primaria

A continuación, se muestran las prevalencias de patologías físicas obtenidas mediante el registro disponible en el historial clínico de atención primaria. Además, para cada una de estas patologías señalamos la prevalencia real de patología física y la patología infradiagnosticada.

Las enfermedades infecciosas tienen la prevalencia más baja, solamente un individuo en la muestra es portador del virus de la hepatitis B, un individuo es portador del virus de la inmunodeficiencia humana y ningún individuo es portador del virus de la hepatitis C.

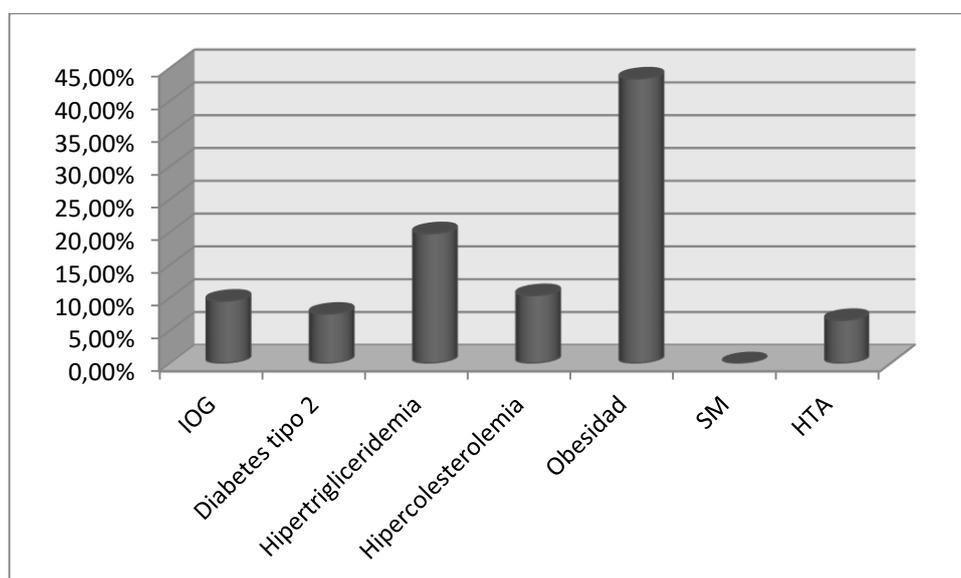
El 2,83% de la muestra tiene epilepsia, el 2,83% de la muestra tiene asma y el 2,83% de la muestra tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Un 7,55% de la muestra tiene diabetes tipo 2, mientras que un 9,53% de la muestra tiene diagnosticada una intolerancia oral a la glucosa.

Un 19,81% de la muestra tiene hipertrigliceridemia, un 10,38% de la muestra tiene hipercolesterolemia y un 43,4 % de la muestra tiene obesidad.

Un 6,6% de la muestra tiene hipertensión arterial y un 0,9-1,9% de la muestra tiene otras enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardíaca, arritmias y angina de pecho. La prevalencia de patologías físicas registradas en los historiales clínicos de atención primaria se representan en la gráfica 4.

Gráfica 4. Patología física registrada en el historial clínico de atención primaria



4.2.2 Parámetros analíticos registrados en el historial clínico de atención primaria

Los parámetros analíticos disponibles en el historial clínico de atención primaria lo representamos en la tabla 30.

Tabla 30. Parámetros analíticos registrados en el historial clínico de atención primaria

	Valores
Glucemia basal [media (DT)]	94,03 (14,34)
Glucemia basal (>126mg/dl) [%]	2,45%
Colesterol total [media (DT)]	193 (46,61)
Colesterol total valor alto (>240mg/dl) [%]	28,68
Colesterol LDL [media (DT)]	115,87(37,38)
Triglicéridos [media (DT)]	147,69(118,75)
Triglicéridos valor alto (>200mg/dl) [%]	9,83

Debemos señalar que estos parámetros analíticos corresponden a algunos pacientes de la muestra pero no a la totalidad. El control de cifras de glucosa por parte del equipo de atención primaria no se realiza al 17,9% de la muestra. Además, el perfil lipídico está realizado en el 29% de la población pero no en el resto. Los controles de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos no están realizados en el 17,9%, 19,8% y 17,9%, respectivamente.

4.2.3 Medidas antropométricas registradas en el historial clínico de atención primaria

En la tabla 31 representamos las medidas antropométricas registradas en el historial clínico de atención primaria

Tabla 31. Medidas antropométricas registradas en el historial clínico de atención primaria

	Valores
Peso [media (DT)]	85,46(21,92)
Perímetro abdominal [media (DT)]	117,83 (17,29)
Índice de masa corporal [media (DT)]	31,88(13,77)
Tensión arterial	
Normal-alta (TAS 130-139 y TAD 85-89mmhg) [%]	4,9
Hipertensión arterial sistólica aislada(TAS>140/TAD<90mmhg) [%]	4,09
Hipertensión arterial grado I (TAD 140-159 y TAS 90-99mmhg) [%]	2,45

Como mencionamos en el apartado anterior, estas medidas antropométricas corresponden a una parte de la muestra pero no a la totalidad. El control de peso no está realizado en el 40,6% de la muestra. Además, el 94,3% de la muestra no tiene mediciones del perímetro abdominal. Por otro lado, el índice de masa corporal no está registrado en el 48,1% de la muestra y un 40,6% de los pacientes de la muestra no tiene controles de la tensión arterial.

4.2.4 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

A continuación mostramos los parámetros que se deben evaluar según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo que debe estar registrado. El 75% de la muestra tiene registrado el consumo de tabaco mientras que el 25% no lo tiene registrado.

Los valores de hemoglobina glicosilada deben realizarse cada 6 meses en la pacientes con la hemoglobina glicosilada en rango normal, sin embargo, el 25% de la muestra con valores de hemoglobina glicosilada en rango normal tiene frecuencias de medición superior a 6 meses. Cuando los valores de hemoglobina glicosilada están fuera del rango normal el control conforme al programa es trimestral, sin embargo, en el 50% de la muestra con valores de hemoglobina glicosilada fuera del rango normal no se realiza una analítica trimestral.

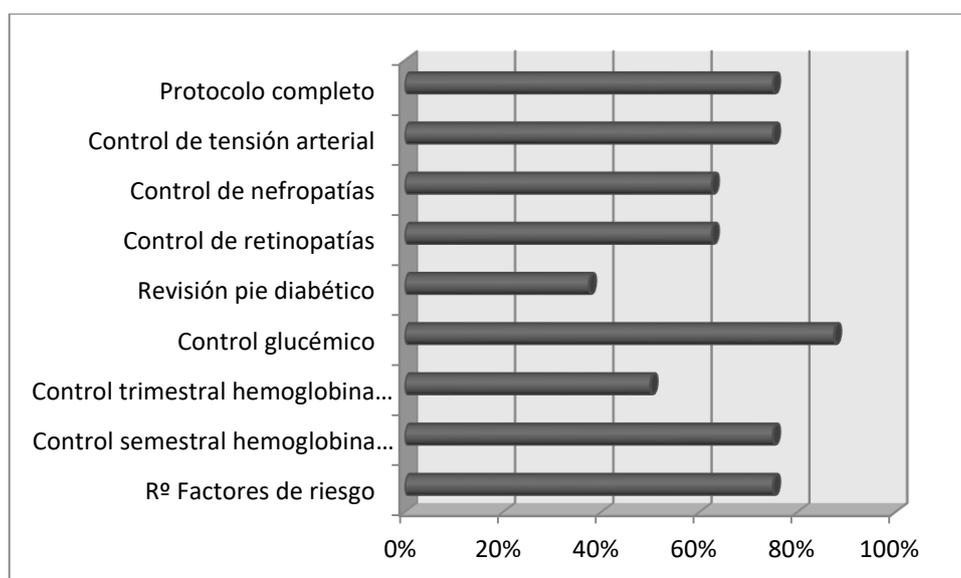
El control del índice glucémico debe realizarse con una frecuencia trimestral según el programa. El 87,5% de la muestra con diabetes tiene un control glucémico trimestral mientras que el resto no tiene un control glucémico trimestral conforme establece el programa. La revisión del pie diabético ha de ser anual, el 62,5% de la muestra con diabetes no tiene una revisión del pie diabético con una frecuencia anual.

El Programa de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes recomienda el control de la comorbilidad médica asociada como son; el control de la retinopatía diabética y la nefropatía diabética. El 62,5% de la muestra con diabetes tiene el control de la retinopatía diabética conforme al protocolo mientras que el resto no lo tenía. El control de la nefropatía debe realizarse con un control de creatinina y albúmina con una frecuencia anual, el 37,5% de la muestra con diabetes no tiene un control de creatinina y albúmina con una frecuencia anual. Además, debe realizarse un control anual de tensión arterial, el 75% de la muestra con diabetes tiene un control de tensión arterial anual mientras que el 25% no tiene control de la tensión arterial con una frecuencia anual.

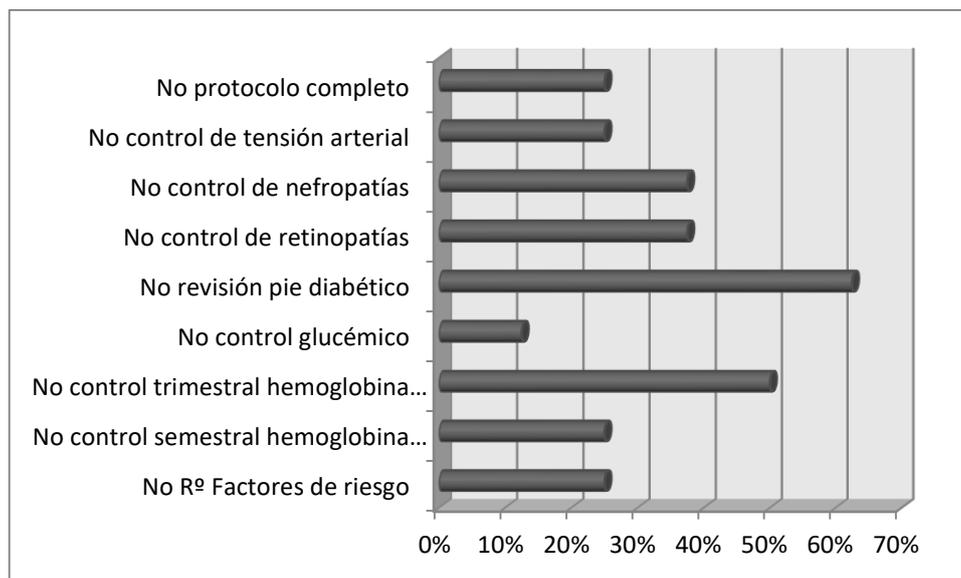
El objetivo del programa es conseguir que el índice glucémico esté dentro de rangos normales. Un 62,5% de la muestra con diabetes tiene un control glucémico en rango, un 25% de la muestra un control glucémico parcial y un 12,5% de la muestra un mal control del índice glucémico.

Debemos destacar que el 75% de la muestra tiene el seguimiento y cumplimentación del protocolo de manera completa. La mayoría de la muestra con el protocolo realizado de manera completa tiene buen control del índice glucémico, solamente un individuo con el seguimiento realizado de manera completa tiene mal control del índice glucémico. El seguimiento realizado conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes y el seguimiento realizado de manera inadecuada son representados en las gráficas 5 y 6 respectivamente.

Gráfica 5. Seguimiento conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes



Gráfica 6. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con diabetes



4.2.5 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

A continuación mostramos los parámetros que se deben evaluar según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial.

Los antecedentes tanto familiares como personales deben estar registrados, sin embargo, no están registrados en el 42,86% de la muestra y en el 14,29% de la muestra respectivamente. Los pacientes con hipertensión arterial deben tener un electrocardiograma realizado, sin embargo, el 71,43% de la muestra no tiene un electrocardiograma realizado conforme indica el programa. Además, deben estar tomadas las medidas antropométricas y parámetros analíticos en los pacientes con hipertensión arterial. El 85,71% de la muestra tiene el perímetro abdominal e índice de masa corporal registrados conforme indica el programa. El 71,43% de la muestra tiene el estudio básico de sangre realizado conforme al programa.

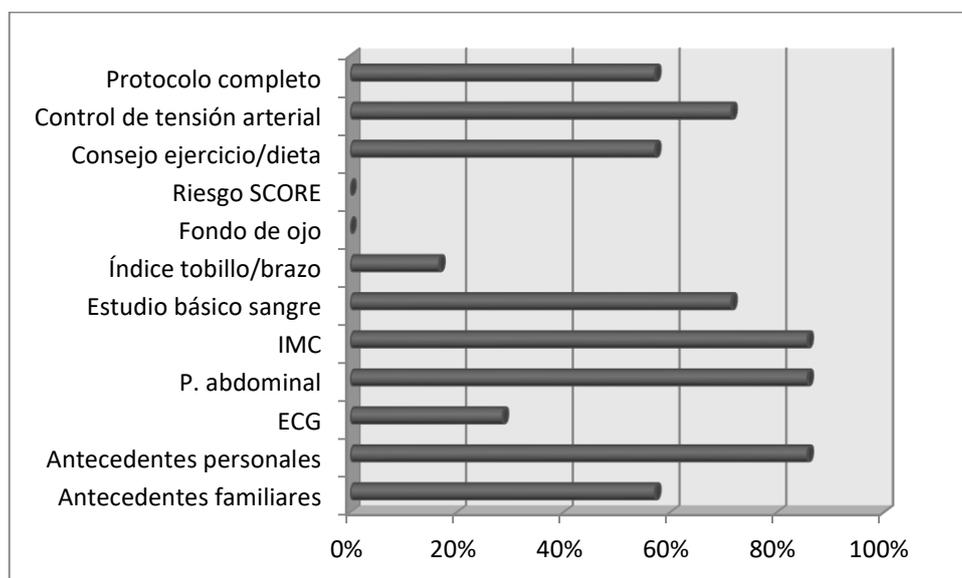
Además deben estar evaluados los factores de riesgo como son; el índice tobillo/brazo, el fondo de ojo y el riesgo SCORE. El 16,67% de la muestra con hipertensión arterial tiene realizado el índice tobillo/brazo mientras que el resto no lo tenía realizado. El riesgo SCORE y el fondo de ojo no está realizado en ningún paciente con hipertensión arterial.

El programa indica que el clínico debe dar consejos en estilo de vida saludables. Un 57,14% de la muestra recibe consejos en el aumento del ejercicio físico y consejos para seguir una dieta saludable.

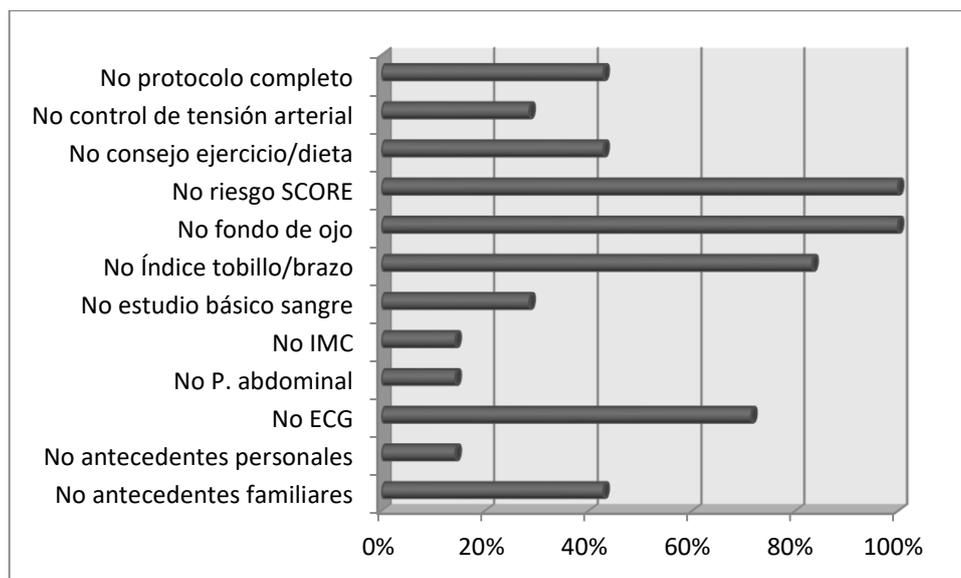
El programa indica las cifras óptimas de tensión arterial según las características del paciente. El 71,43% de la muestra con hipertensión arterial tiene las cifras de tensión arterial en rango y en el 71,43% de la muestra las cifras de tensión arterial son tomadas según las características de cada paciente, conforme indica el programa.

El 57,14% de la muestra tiene realizado el protocolo de hipertensión arterial de manera completa. Todos aquellos pacientes con el protocolo realizado de manera completa tienen cifras óptimas de tensión arterial. En las gráficas 7 y 8 se representan los parámetros medidos de manera adecuada conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial o de manera inadecuada no conforme al programa.

Gráfica 7. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con hipertensión arterial



Gráfica 8. Seguimiento inadecuado no conforme el Programa Clave de Atención Interdisciplinaria para pacientes con hipertensión arterial



4.2.6 Programa Clave de Atención Interdisciplinaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

A continuación mostramos los parámetros que se deben evaluar según el Programa Clave de Atención Interdisciplinaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Un 66,67% de la muestra con enfermedad pulmonar obstructiva crónica recibe tratamiento y tiene realizada una evaluación multidimensional conforme al protocolo. El 100% de la muestra tiene realizadas las pruebas de esfuerzo conforme al protocolo.

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica deben estar vacunados anualmente, sin embargo, el 66,67% de la muestra no recibe la vacunación antigripal anualmente y ningún paciente de la muestra tiene puesta la vacunación antineumocócica.

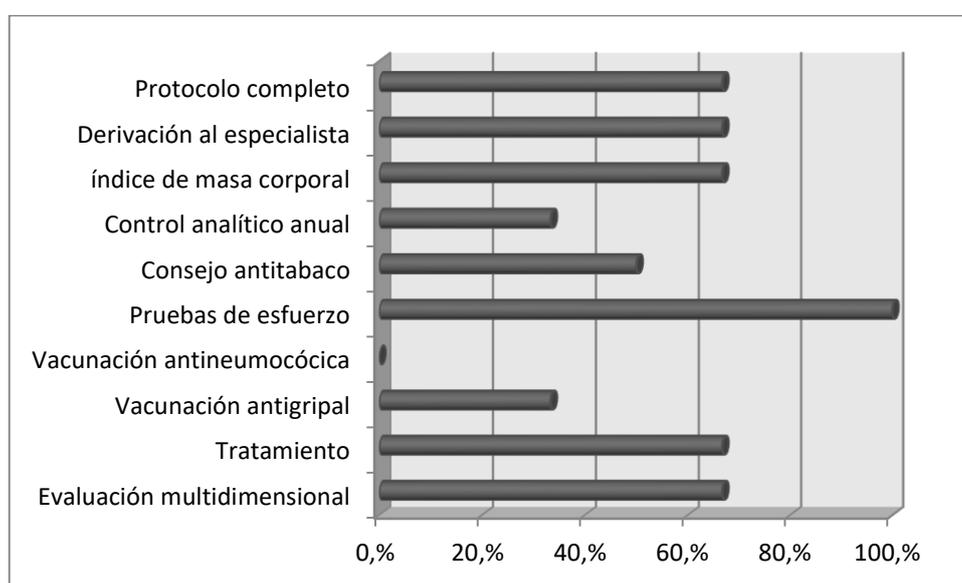
El Programa Clave de Atención Interdisciplinaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica indica que los consejos antitabaco son su pilar fundamental, sin embargo, el 50% de la muestra no recibe consejos antitabaco.

Los parámetros analíticos y medidas antropométricas deben estar registrados al menos 1 vez al año. El 66,67% no tiene realizado un control analítico anual y el 33,33% no tiene evaluado el índice de masa corporal. Los pacientes con enfermedad pulmonar

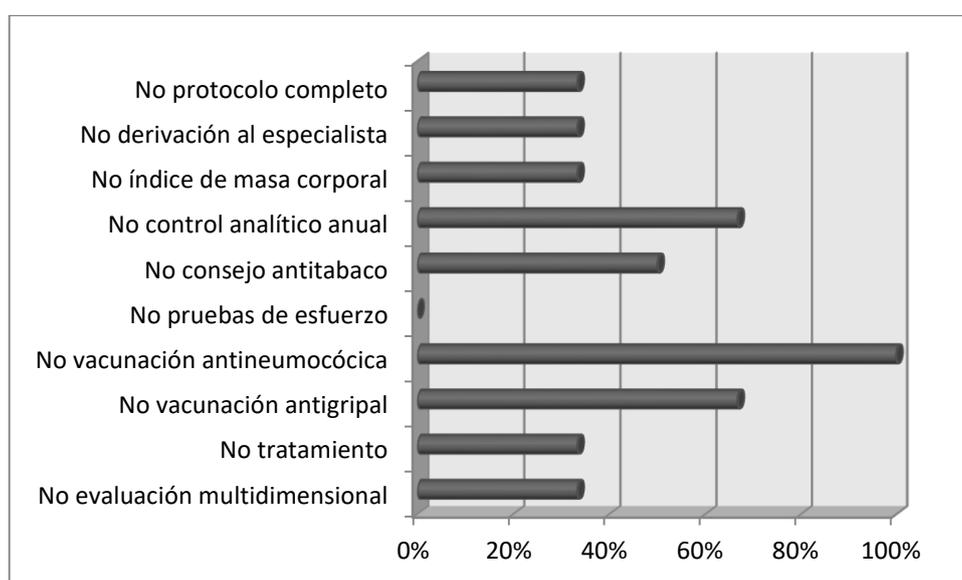
obstruictiva crónica deben ser derivados al especialista, sin embargo, un 33,33% de la muestra no son derivados al especialista.

El 66,67% de la muestra tiene el protocolo realizado de manera completa, mientras que el resto no tiene el protocolo realizado de manera completa. Las gráficas 9 y 10 representan los parámetros medidos de manera adecuada conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica o de manera inadecuada no conforme al programa.

Gráfica 9. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con enfermedad pulmonar obstruictiva crónica



Gráfica 10. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con enfermedad pulmonar obstruictiva crónica



4.2.7 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

A continuación mostramos los parámetros que se deben evaluar según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad.

Los antecedentes familiares y personales de obesidad deben estar registrados en el historial clínico, sin embargo, el 64,6% de la muestra con obesidad no tiene registrados sus antecedentes familiares y personales. El 41,7% de la muestra tiene los antecedentes personales y familiares registrados en su historial clínico.

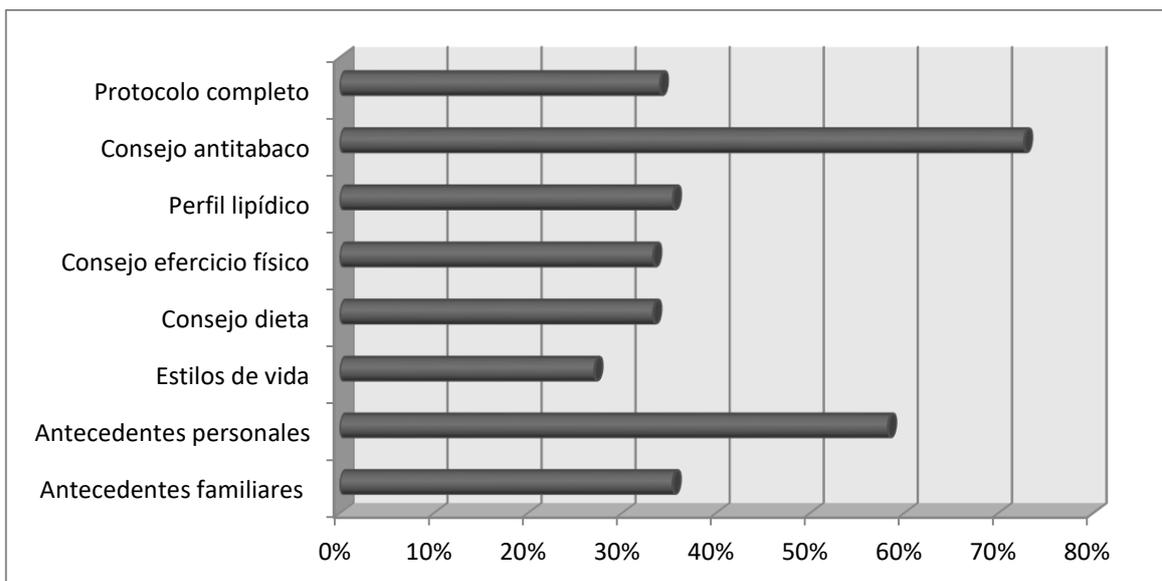
El programa indica que los pacientes con obesidad deben recibir consejos en estilos de vida saludables, sin embargo, el 72,92% de la muestra no recibe consejos en estilos de vida saludables. Además, el 56,25% de la muestra no recibe consejos dietéticos y un 66,67% de la muestra no recibe consejos de aumento de ejercicio físico. Aunque el 72,73% de la muestra recibe consejos antitabaco.

El control de medidas antropométricas y parámetros analíticos debe realizarse de manera anual conforme establece el protocolo. Un 64,58% de la muestra con obesidad no tiene un perfil lipídico con una frecuencia anual ni control del peso.

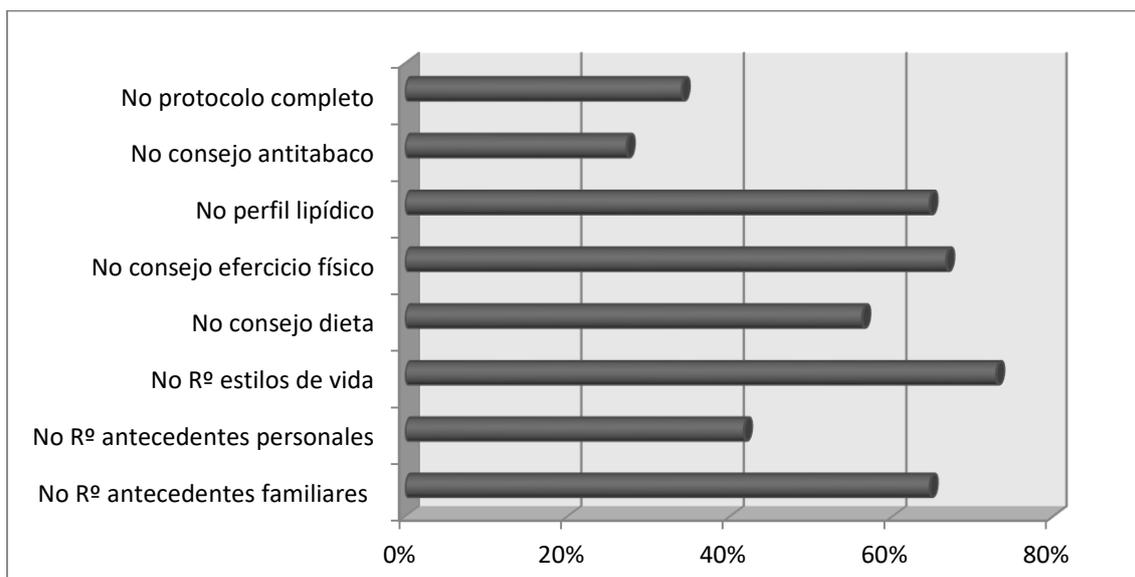
Un 81,2% de la muestra con obesidad no obtiene ninguna mejoría en el control del peso, el 18,8% de la muestra con obesidad obtiene una bajada gradual del peso y ningún paciente obtiene una mejoría total del control del peso.

El 34,04% de la muestra con obesidad tiene realizado el seguimiento de manera completa, aunque de ellos ninguno redujo su índice de masa corporal. En las gráficas 11 y 12 se representan los parámetros evaluados conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con Obesidad y los parámetros evaluados de manera inadecuada, no conforme al programa.

Gráfica 11. Seguimiento según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad



Gráfica 12. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con obesidad



4.2.8 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

A continuación mostramos los parámetros que se deben evaluar según el Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias.

Los consejos en estilos de vida saludables son importantes tanto para la prevención como para la mejoría de la patología física, sin embargo, un 56,1% de la muestra con dislipemias no recibe consejos de aumentar el ejercicio físico ni consejos acerca de

cómo llevar a cabo una dieta. Aunque debemos destacar que un 43,9% de la muestra con dislipemias recibe consejos en estilos de vida.

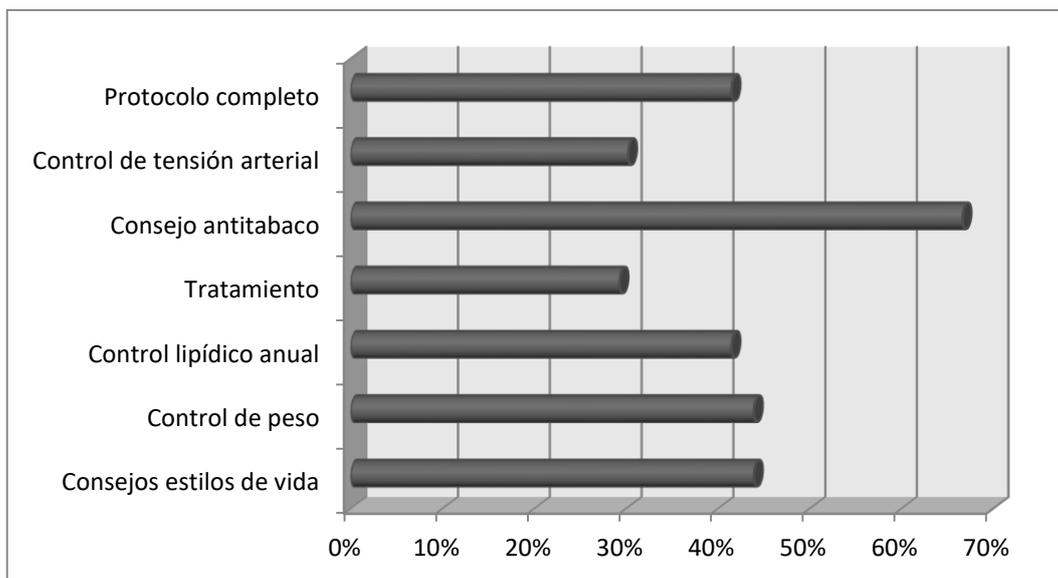
Un 56,1% de la muestra con dislipemias no tiene control del peso y el 58,54% de la muestra con dislipemias tampoco tiene realizado un perfil lipídico con una frecuencia anual conforme al programa. Además el 70,73% de la muestra con dislipemias no recibe tratamiento.

El Programa de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias indica que el clínico debe realizar un registro del hábito tabáquico y dar a los pacientes fumadores consejos para el abandono del hábito tabáquico. Un 66,67% de los pacientes fumadores y con dislipemias recibe los consejos antitabaco frente a un 33,3% de la muestra que no recibe los consejos. Por último, el control de las cifras de tensión arterial no se realiza con una frecuencia anual en el 60,98% de la muestra, conforme establece el programa.

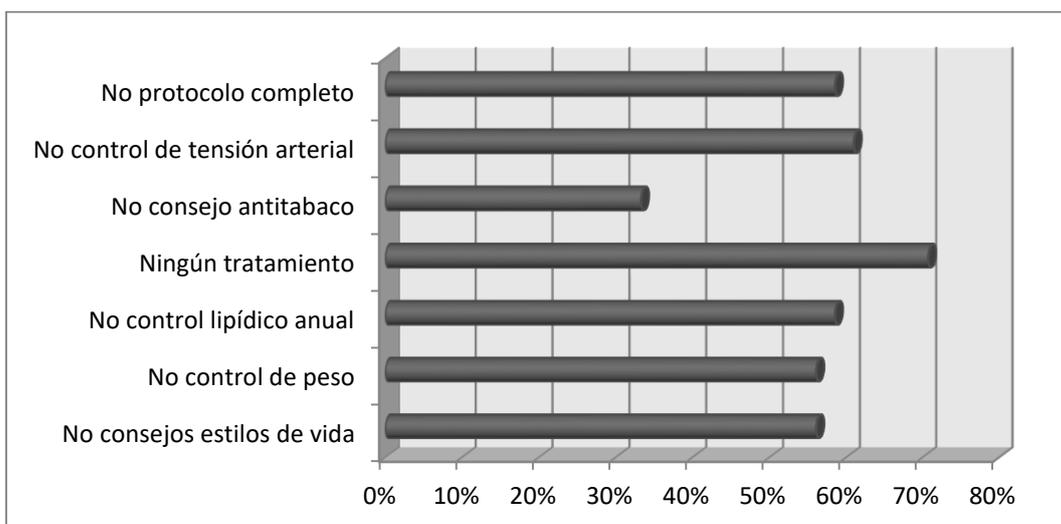
Por tanto, el 48,8% de los pacientes con dislipemias no obtienen ninguna mejoría, el 41,5% de la muestra con dislipemias obtienen una mejoría total y el 9,8% de la muestra con dislipemias obtienen una mejoría parcial. El protocolo completo, es decir, que deben estar cumplimentados al menos el 80% de los parámetros se realiza en el 41,46% de la muestra con dislipemias.

Debemos destacar que el 76,47% de la muestra con dislipemias que tienen el protocolo completo tienen unas cifras óptimas de colesterol y que un 64,70% de la muestra con dislipemias que tienen el protocolo completo tienen cifras óptimas de triglicéridos. El seguimiento conforme al programa y el seguimiento inadecuado se representan en las gráficas 13 y 14 respectivamente.

Gráfica 13. Seguimiento según Programa Clave de Atención Interdisciplinar para pacientes con dislipemias



Gráfica 14. Seguimiento inadecuado no conforme al Programa Interdisciplinar en pacientes con dislipemias



4.2.9 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el cáncer de mama

El Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el cáncer de mama evalúa la realización de mamografías y controles en función de la edad y la situación diagnóstica de cada paciente. El 57,14% de las mujeres del estudio realiza el seguimiento conforme al programa frente al 42,9% que no lo tiene realizado.

4.5.10 Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el screening de cáncer de cérvix

El Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el *screening* de cáncer de cérvix evalúa el seguimiento en función de edad y situación patológica de cada paciente. El 50% de las mujeres de la muestra tiene el protocolo realizado de manera adecuada.

4.3 Impacto en la salud física de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar

A continuación, se muestra el análisis del impacto que tiene el seguimiento de la salud según los Programas Clave de Atención Interdisciplinar en la salud física de los pacientes de la muestra.

4.3.1 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

Para evaluar la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud se llevó a cabo el Test de Fisher (tabla 32). No se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables.

Tabla 32. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

Cifras de Glucemia	n	Programa completo	Programa no completo
En rango (65-145mg)	5	83,33%	0%
Control Parcial (145-162mg)	2	16,67%	50%
Mal control (>162mg)	1	0%	50%

Nota. Estadístico: Test de Fisher p=0,107

4.3.2 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

Para evaluar la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud se llevó a cabo el Test de Fisher (tabla 33). No se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables.

Tabla 33. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

Cifras tensión arterial	n	Programa completo	Programa no completo
En rango (TAS 120-129 y TAD 80-84)	5	100%	33,33%
Control parcial (TAS 130-139 y TAD 85-89)	0	0%	0%
Mal control (TAS >140 y TAD >90)	2	0%	66,67%

Nota. Estadístico: Test de Fisher p=0,143

4.3.3 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

Para evaluar la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud se llevó a cabo el Test de Fisher (tabla 34). Se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p=0,045$).

Tabla 34. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

Cifras IMC	n	Programa completo	Programa no completo
IMC en rango (entre 18,5-24,9)	0	0%	0%
IMC reducción gradual (entre 25-29,9)	9	37,50%	9,68%
IMC fuera de rango (IMC >30)	38	62,50%	90,32%

Nota. Estadístico: Test de Fisher p=0,045

4.3.4 Impacto del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

Para evaluar la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud se llevó a cabo el Test de Fisher (tabla 35). Se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables ($p=0,002$).

Tabla 35. Impacto del seguimiento del Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

Cifras	N	Programa completo	Programa no completo
Colesterol T (<200) LDL (120-129) y TGC (<150) en rango	17	64,70%	25%
Colesterol T (200-239) LDL (130-159) y TGC (150-199) control parcial	4	17,65%	4,17%
Colesterol T (>240) LDL (>160) y TGC (>200) mal control	20	17,65%	70,83%

Nota: Estadístico. Test de Fisher p=0,002

4.4 Seguimiento de la patología física según los Consensos Españoles de Salud física

4.4.1 Seguimiento de la patología física según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia

A continuación mostramos los parámetros que se deben monitorizar según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con esquizofrenia (se corresponden con el apartado 3.4.3 Instrumentos y 3.5.3 Variables).

4.4.1.1 Seguimiento en las neoplasias

En el 85,51% de los pacientes los antecedentes personales y familiares están registrados, aunque en el 14,49% de la muestra no lo están.

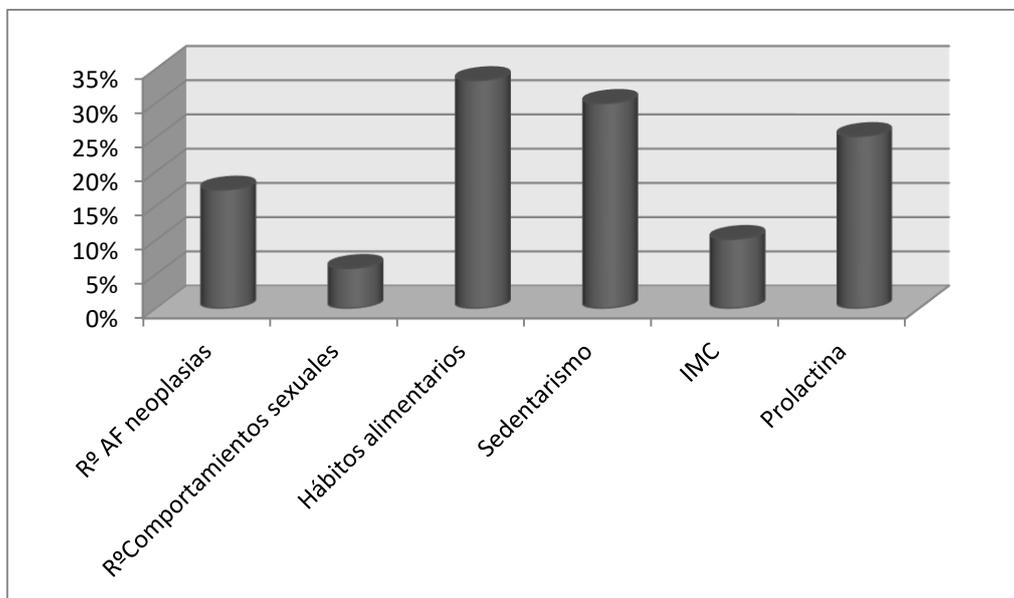
En apartados anteriores resaltábamos la elevada prevalencia del hábito tabáquico. A pesar de ello, en el 39,13% de la muestra, el hábito tabáquico no está registrado. El 10,14% de los pacientes que no tiene registrado el hábito tabáquico son fumadores.

La revisión anual del tratamiento farmacológico se realiza en el 85,51% de los casos conforme al consenso.

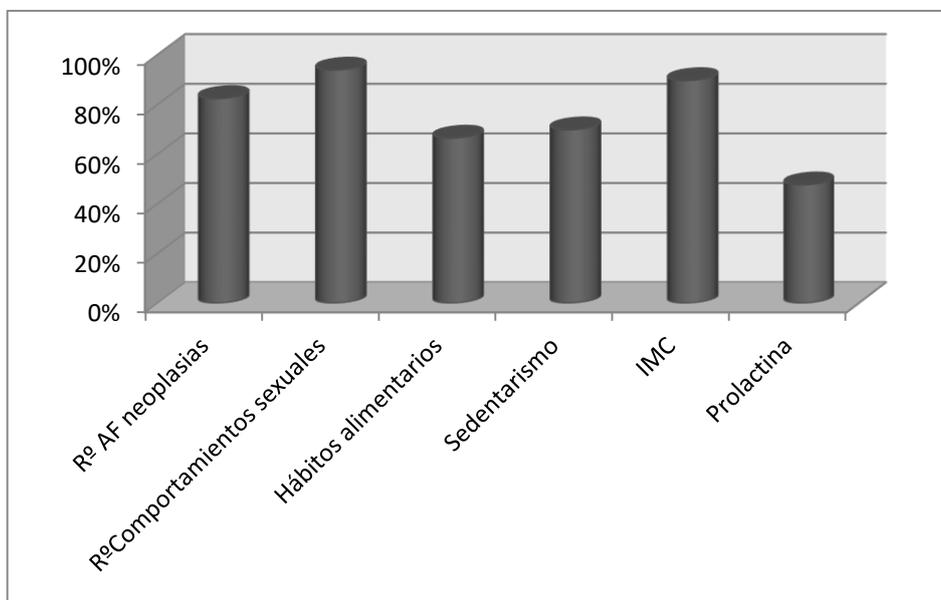
El registro de antecedentes familiares de neoplasias no está realizado en el 82,61% de la muestra; el registro de comportamientos sexuales no está realizado en el 94,1% de la muestra; los hábitos alimentarios no están registrados en el 66,67% de la muestra; el sedentarismo no está registrado en el 70,01%; el índice de masa corporal no está evaluado en el 89,86% y la prolactina no está evaluada en el 47,83% de los casos. Los

parámetros evaluados conforme a consenso o no conforme a éste para las enfermedades neoplásicas se representan en las gráficas 15 y 16, respectivamente.

Gráfica 15. Parámetros evaluados conforme al consenso para la prevención de enfermedades neoplásicas en pacientes con esquizofrenia



Gráfica 16. Seguimiento inadecuado y no conforme al consenso para la prevención de neoplasias en pacientes con esquizofrenia

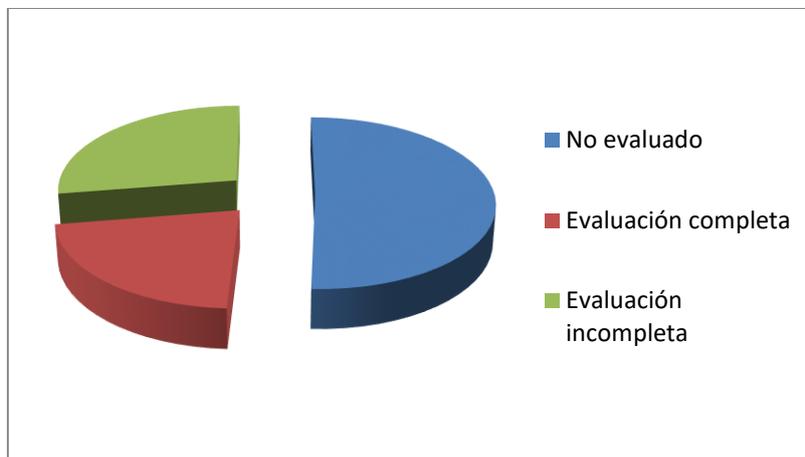


4.4.1.2 Seguimiento en enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares

El peso es una de las variables más alteradas y está registrado en el 44,9% de la muestra, aunque un 24,6% de los pacientes no tiene el control del peso conforme al protocolo y un 30,5% tiene algunas mediciones realizadas, pero no las 3 mediciones

anuales que establece el consenso. El control del peso realizado conforme al protocolo o bien de manera inadecuada se representa en la gráfica 17.

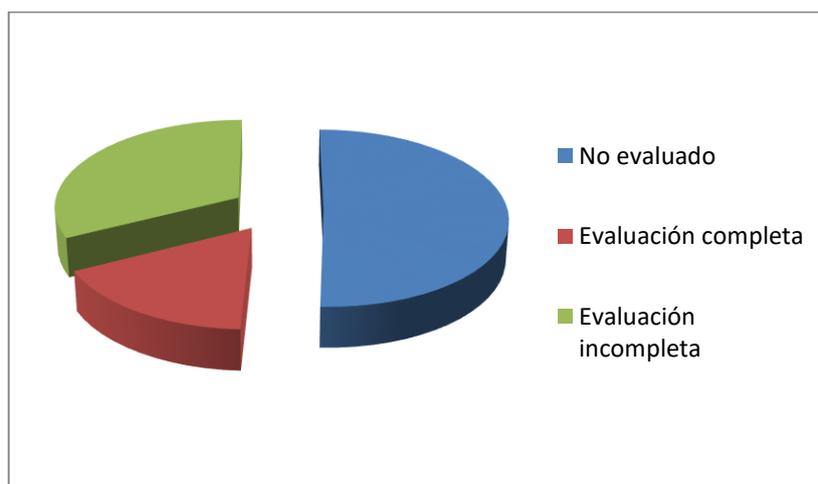
Gráfica 17. Control del peso en pacientes con esquizofrenia



Un 12,2% de la muestra tiene un incremento del peso mayor al 5%, al 40% de ellos no se les repitió la medida y al 60% no se les realizó una bioquímica de control conforme al consenso.

El índice de masa corporal no es evaluado en el 56,52% de los casos, un 18,84% tiene realizado el protocolo completo y para el 24,64% está incompleto. En la gráfica 18 representamos el control del índice de masa corporal en pacientes con esquizofrenia.

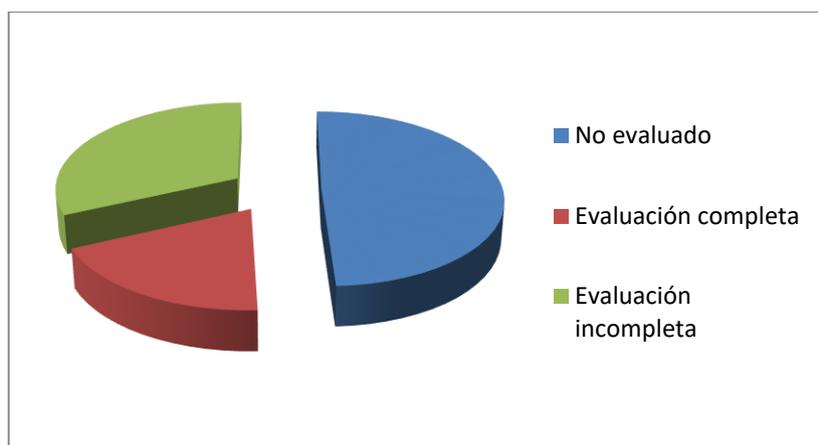
Gráfica 18. Control del índice de masa corporal en pacientes con esquizofrenia



Debemos señalar que el 36,23% individuos tienen un índice de masa corporal mayor a 27kg/m², sin embargo, estos pacientes no tienen evaluado el índice de masa corporal conforme al consenso.

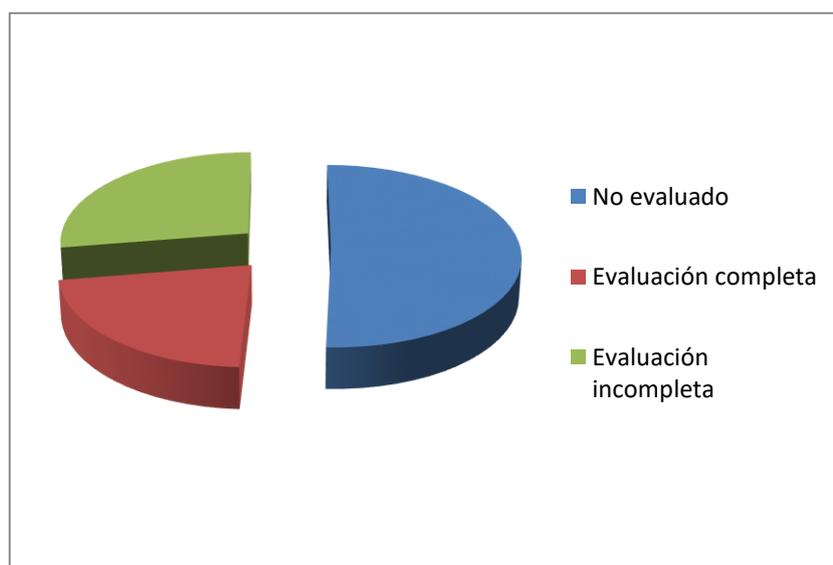
El perímetro abdominal es otro de los parámetros que está fuera de rango en la mayoría de la muestra, sin embargo, no está medido en el 49,28% de los pacientes, el 18,84% de la muestra tiene el perímetro abdominal evaluado conforme al consenso y el 31,88% tiene estas mediciones incompletas. El control del perímetro abdominal en pacientes con esquizofrenia se representa en la gráfica 19.

Gráfica 19. Control del perímetro abdominal en pacientes con esquizofrenia



Otros parámetros como la tensión arterial no es evaluada en el 50,72% de los casos, el 21,74% de los pacientes tiene mediciones completas conforme al consenso y en 27,54% de los casos las mediciones de la tensión arterial están incompletas. La evaluación de la tensión arterial en pacientes con esquizofrenia se representa en la gráfica 20.

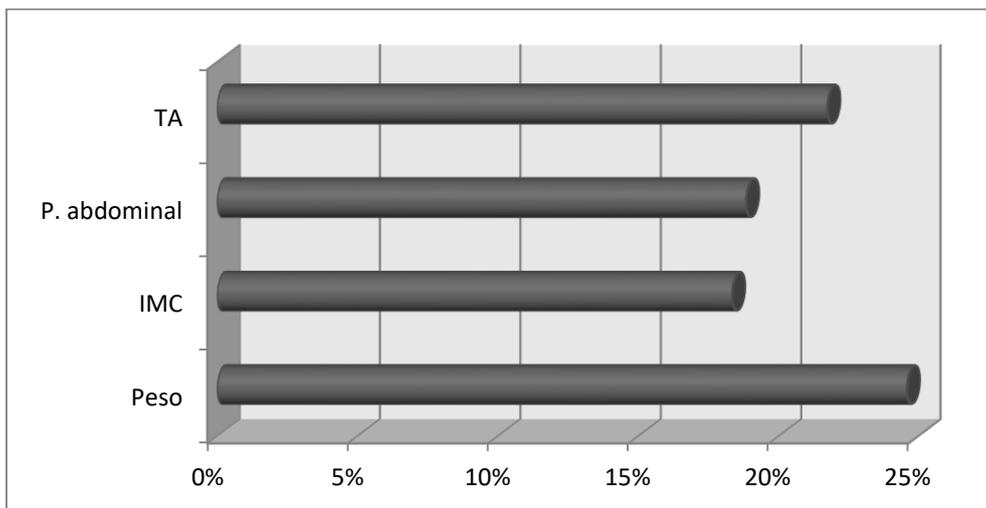
Gráfica 20. Control de la tensión arterial en pacientes con esquizofrenia



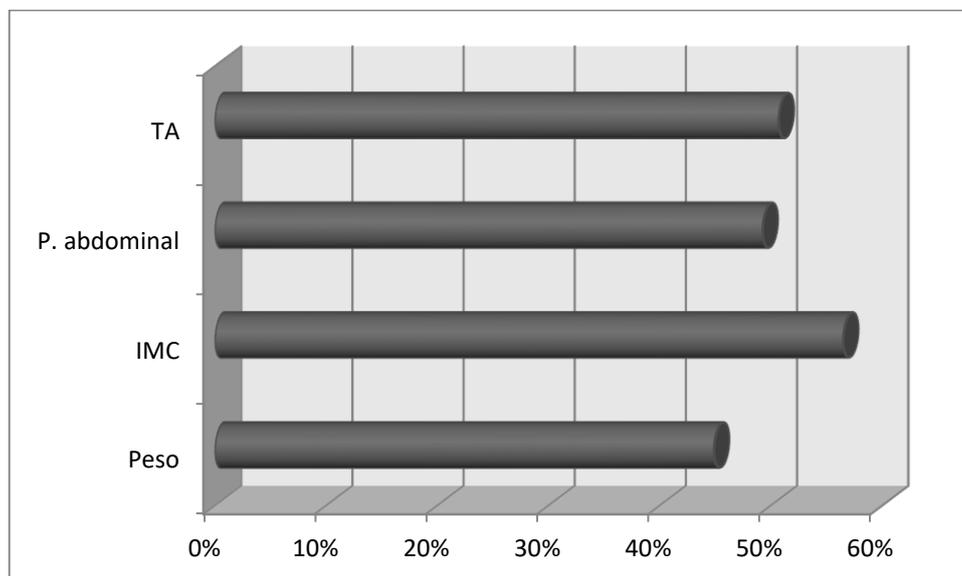
Además, debemos señalar que el 88,41% de la muestra no tiene realizado un electrocardiograma conforme a lo establecido en el consenso.

Los parámetros antropométricos que son medidos conforme al consenso y aquellos que no se realizan conforme a éste se representan las gráficas 21 y 22, respectivamente.

Gráfica 21. Medidas antropométricas evaluadas conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia



Gráfica 22. Medidas antropométricas no evaluadas conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia



Los factores de riesgo cardiovasculares tienen una prevalencia del 48,53% de la muestra. De éstos, el 47,82% no tenían realizado un electrocardiograma conforme indica el consenso.

Respecto a la medición de los parámetros analíticos encontramos los siguientes datos:

La serología se realiza en el 49,28% de los pacientes frente al 50,72% que no la tiene realizada.

El perfil lipídico completo se realiza al 75,4% de la muestra, aunque un 24,6% no tienen el perfil lipídico realizado. Además, el 4,24% de los individuos con colesterol elevado (mayor a 240mg/dl) no tiene el perfil lipídico realizado. Por otro lado, el 5,79% de la muestra con triglicéridos elevados (mayores a 200mg/dl) tampoco tiene realizado el perfil lipídico.

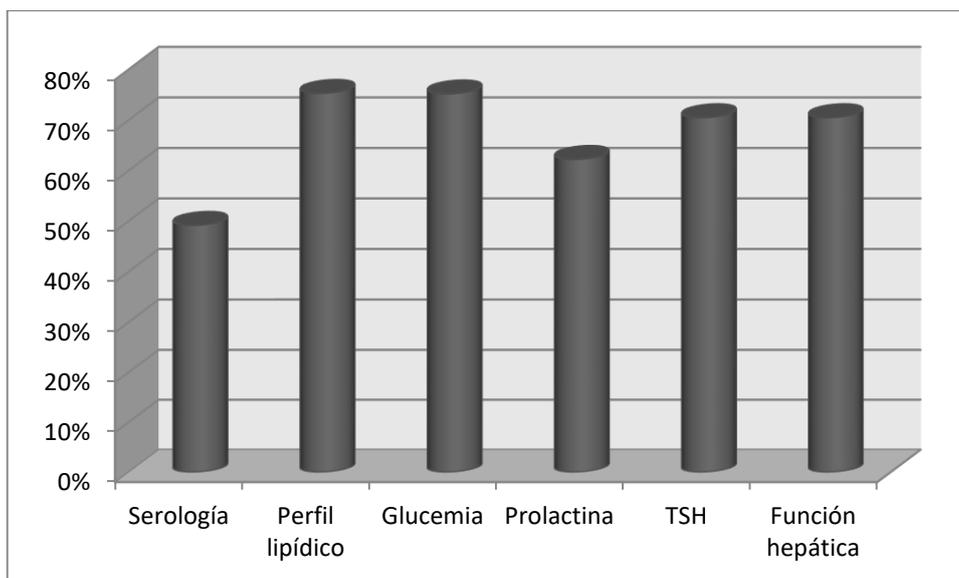
El 75,3% de la muestra tiene una glucemia realizada, por lo tanto, el 24,64% todavía no tiene valores de glucemia evaluados. Debemos destacar que todos aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes o una glucemia mayor de 126mg/dl tienen mediciones de glucosa realizada conforme al consenso. Además, todos los pacientes con glucemias elevadas tienen el seguimiento y la reevaluación de la glucemia conforme a las recomendaciones del consenso.

La prolactina es medida en el 62,32% de la muestra conforme al consenso mientras que un 37,68% de la muestra no tiene la medición de prolactina. Cabe destacar que el 18,03% de los individuos que no tiene la prolactina evaluada obtienen valores de prolactina mayores a 20ng/ml, anormalmente elevados, en la analítica realizada por el equipo investigador en el momento del estudio.

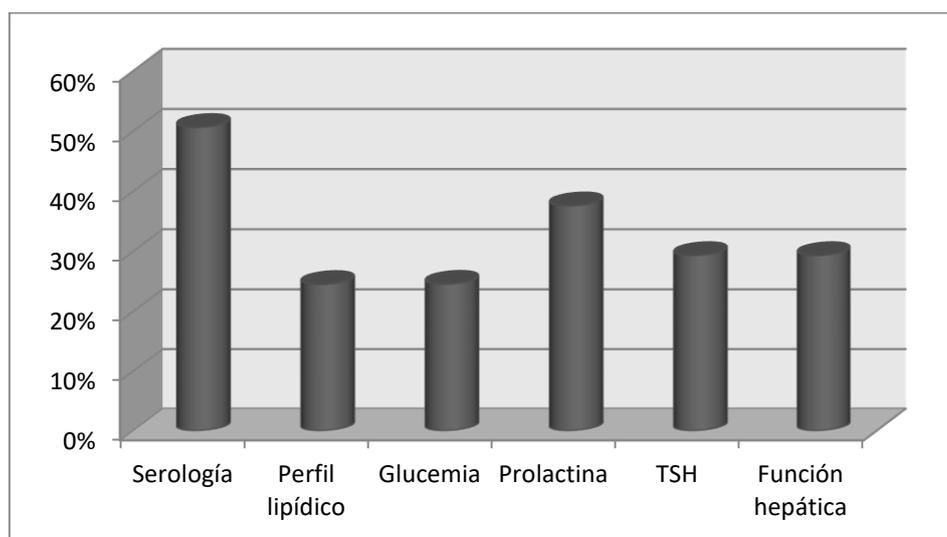
La realización de la TSH y la función hepática son realizados en el 70,59% de la muestra conforme al protocolo.

Los parámetros analíticos evaluados conforme al consenso y no conformes al consenso los representamos en las gráficas 23 y 24, respectivamente.

Gráfica 23. Control de parámetros analíticos conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia



Gráfica 24. Parámetros analíticos no realizados conforme al consenso en pacientes con esquizofrenia



Un 41,38% de los pacientes tiene algún cambio de tratamiento en el último año y a todos ellos se les repitió el control de la bioquímica correspondiente conforme al protocolo.

4.4.1.3 Otros seguimientos de salud general

El protocolo de seguimiento de la clozapina por riesgo de agranulocitosis se realiza al 100% de la muestra que están a tratamiento con estos antipsicóticos.

Otros parámetros generales de control de salud física como son el registro en cambios en el estado de la visión no está realizado en un 96,65% de la muestra, y los registros del estado dental tampoco están realizados en el 94,2% de los pacientes.

4.4.1.4 Seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y una enfermedad física diagnosticada

A continuación, describimos el seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y con una enfermedad física metabólica diagnosticada.

En pacientes con diabetes tipo 2 el control del peso, índice de masa corporal y perímetro abdominal está realizado según el protocolo en la mayoría de la muestra. Solamente un paciente tiene estas evaluaciones incompletas y otro paciente no tiene las evaluaciones conforme al protocolo. Por otro lado, el perfil lipídico que recomienda el consenso se realiza a todos los pacientes de la muestra con diabetes tipo 2.

Un 8,33% de los pacientes con esquizofrenia e hipertrigliceridemia tiene un control del peso, índice de masa corporal y control del perímetro abdominal conforme al protocolo, sin embargo, un 41,67% no tiene seguimiento en estos parámetros y el resto tiene un seguimiento incompleto de los mismos. El control del perfil lipídico estaba realizado en el 80% de los pacientes con hipertigliceridemia y no está realizado en el 20% de ellos.

Las medidas de peso, perímetro abdominal e índice de masa corporal están realizadas según el protocolo en el 42,85% de los pacientes con hipercolesterolemia. Aunque estos parámetros antropométricos son evaluados de manera incompleta en el 42,85% de los pacientes con hipercolesterolemia y esquizofrenia, y no están realizados en el 14,28% de ellos. El perfil lipídico está realizado en el 83,33% de los pacientes con hipercolesterolemia y esquizofrenia y no está realizado en el 16,67% de ellos.

Las medidas de control del peso, el índice de masa corporal y el perímetro abdominal están realizadas conforme al consenso para el 50% de la muestra con esquizofrenia y dislipemia mixta, aunque el control de estas medidas se realiza de manera incompleta para los restantes. Por otro lado, el perfil lipídico está realizado a todos los pacientes con esquizofrenia y dislipemias.

El 40% de los pacientes con obesidad no tiene el control de peso, ni control del índice de masa corporal, ni del perímetro abdominal como indica el consenso. Por otro lado, el 32% de los pacientes con esquizofrenia y obesidad tienen estas medidas evaluadas conforme al protocolo, aunque al 28% de los pacientes con esquizofrenia y obesidad tiene estos parámetros evaluados de manera incompleta. El perfil lipídico está realizado en el 76% de la muestra con obesidad y esquizofrenia.

Un 40% de los pacientes con hipertensión arterial y esquizofrenia tienen las medidas antropométricas realizadas conforme al consenso, otro 40% no tiene las medidas

antropométricas realizadas y un 20% tiene las medidas antropométricas evaluadas de manera incompleta. El perfil lipídico está realizado en el 70% de los pacientes con hipertensión arterial y esquizofrenia.

4.4.1.5 Seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y parámetros metabólicos alterados

A continuación, describimos el seguimiento de la patología física en pacientes con esquizofrenia y con parámetros metabólicos alterados.

Un 7,25% de la muestra tiene hipercolesterolemia en el momento de la inclusión en el estudio. El 99% de ellos tiene el perfil lipídico realizado conforme establece el consenso.

Un 11,59% de la muestra tiene hipertrigliceridemia en el momento de la inclusión en el estudio. De ellos, solamente dos pacientes no tienen el perfil lipídico realizado conforme al consenso.

El 60% de la muestra con valores de glucosa elevada tiene los controles realizados conforme al consenso, por lo que el 40% de la muestra con valores de glucosa elevada no tiene los controles realizados conforme al consenso.

Un 66% de la muestra tiene valores de prolactina mayores a 20 mg/dl, es decir, elevados. El 78,26% de los pacientes con valores de prolactina elevados tiene los controles analíticos realizados conforme al protocolo, frente al 21,64% que no los tenía realizados.

4.4.2 Seguimiento de la patología física según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con trastorno bipolar

A continuación, mostramos los parámetros que se deben monitorizar según el Consenso Español de Salud Física en pacientes con trastorno bipolar (se corresponden con el apartado 3.4.4 Instrumentos y 3.5.4 Variables).

4.4.2.1 Anamnesis

En la primera consulta se debe realizar una anamnesis completa donde se registran los antecedentes personales y familiares tanto físicos como psiquiátricos.

Un 86,67% de la muestra tiene los antecedentes personales físicos registrados, mientras que un 13,33% no los tiene registrados. Los antecedentes personales psiquiátricos están registrados en el 91,11% de la muestra.

El 62,22% de la muestra no tiene registrados los antecedentes familiares físicos por lo que 37,78% los tiene registrados.

Del 37,78% de la muestra que no tiene registrados sus antecedentes familiares físicos hemos de destacar que el 20% tiene antecedentes de diabetes, el 22,22% tiene antecedentes de dislipemias, el 24,44% tiene antecedentes de hipertensión arterial, el 11,11% antecedentes de arritmias cardiacas, el 6,67% antecedentes de infarto agudo de miocardio y el 8,89% antecedentes de angina de pecho.

En pacientes con trastorno bipolar el registro de la ideación suicida, los antecedentes familiares y personales de suicidio y el consumo de tóxicos son contemplados en el consenso como aspectos esenciales para la prevención de la mortalidad por suicidio. Los antecedentes personales de suicidio son registrados en un 35,56% de la muestra, frente al 64,44% que no los tiene registrados. Los antecedentes personales y familiares del consumo de tóxicos son registrados en el 31,1% y el 6,7% de la muestra, respectivamente y no están registrados para los restantes. Además, la ideación suicida se explora solamente en el 11,1% de la muestra durante cada visita.

El 31,11% de la muestra tiene en su historial clínico el registro de las medicaciones concomitantes con su tratamiento psiquiátrico, frente al resto que no las tiene registradas.

El 80% de la muestra no tiene registrados sus hábitos y estilos de vida (dieta, ejercicio físico, etc.).

Como ya ha sido indicado anteriormente la prevalencia de fumadores es elevada, por ello, el consenso se indica el registro del hábito tabáquico por parte del clínico en cada visita del paciente a la consulta. El 51,11% de la muestra tiene registrado su hábito tabáquico al menos una vez. El 31,11% de la muestra no tiene registrado su hábito tabáquico y un 17,78% de la muestra tiene registrado su hábito tabáquico en cada visita, conforme establece el consenso.

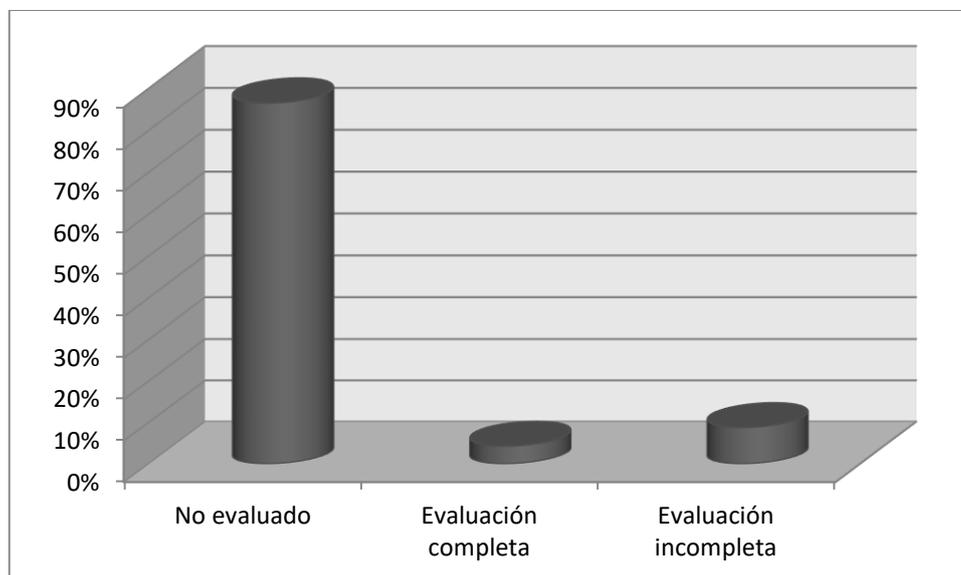
Solamente el 29,17% de la muestra tiene registradas variables del hábito tabáquico como son: tiempo de consumo en años, cantidad, edad de inicio y motivación para el abandono en cada visita, conforme establece el consenso.

4.4.2.2 Exploración física

El control del peso no está realizado en el 86,7% de la muestra, frente a un 4,4% de la muestra que lo tiene realizado según protocolo, es decir, en cada visita. Un 8,9% de la muestra tiene el control del peso realizado de manera incompleta, es decir, no se realiza

en cada visita médica. Los datos de seguimiento del control de peso según el consenso en pacientes con trastorno bipolar se representan en la gráfica 25.

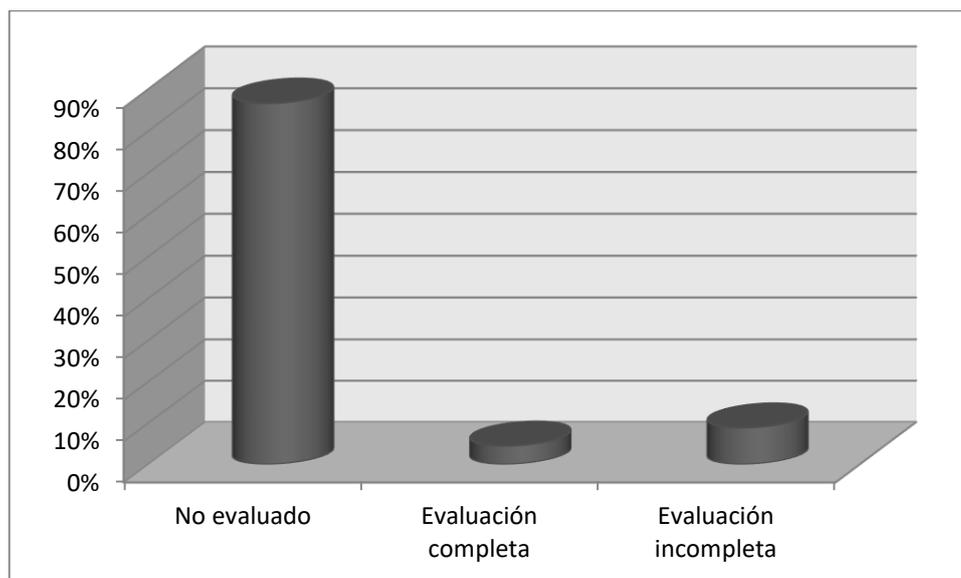
Gráfica 25. Control del peso en pacientes con trastorno bipolar



Un 12% de los pacientes tiene un incremento del peso mayor al 5% y a todos ellos se les evalúa el control de peso y la realización de una bioquímica conforme al consenso.

Por otro lado, las mediciones del perímetro abdominal no están realizadas en el 86,7% de la muestra. El 4,4% de la muestra tiene un seguimiento del perímetro abdominal conforme al consenso, y el 8,9% de la muestra tiene el seguimiento del perímetro abdominal incompleto. En la gráfica 26 se representa el seguimiento del perímetro abdominal en pacientes con trastorno bipolar.

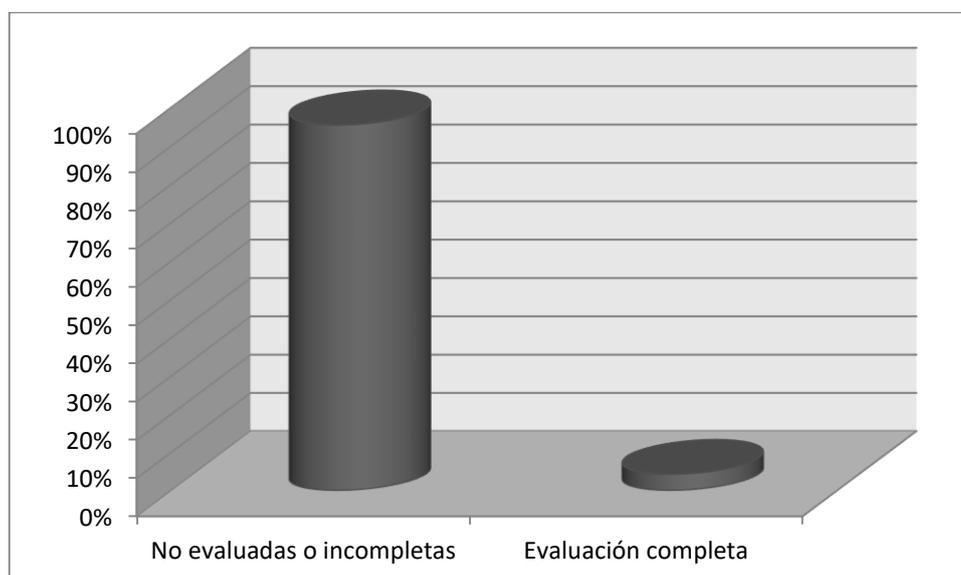
Gráfica 26. Control del perímetro abdominal en pacientes con trastorno bipolar



Debemos señalar que el 17,18% de los varones que no tienen seguimiento del perímetro abdominal tiene éste con valores de perímetro abdominal considerados de riesgo, es decir, perímetro abdominal mayor a 102cm. Por otro lado, el 37,02% de las mujeres que no tienen seguimiento del perímetro abdominal tienen un perímetro abdominal mayor a 88cm, es decir, un perímetro abdominal considerado de riesgo.

El índice de masa corporal no está realizado en el 86,7% de la muestra, está realizado de manera incompleta en el 8,9% de la muestra y realizado de manera completa en el 4,4% de la muestra. En la gráfica 27 se representa el control del índice de masa corporal en pacientes con trastorno bipolar.

Gráfica 27. Control del índice de masa corporal en pacientes con trastorno bipolar

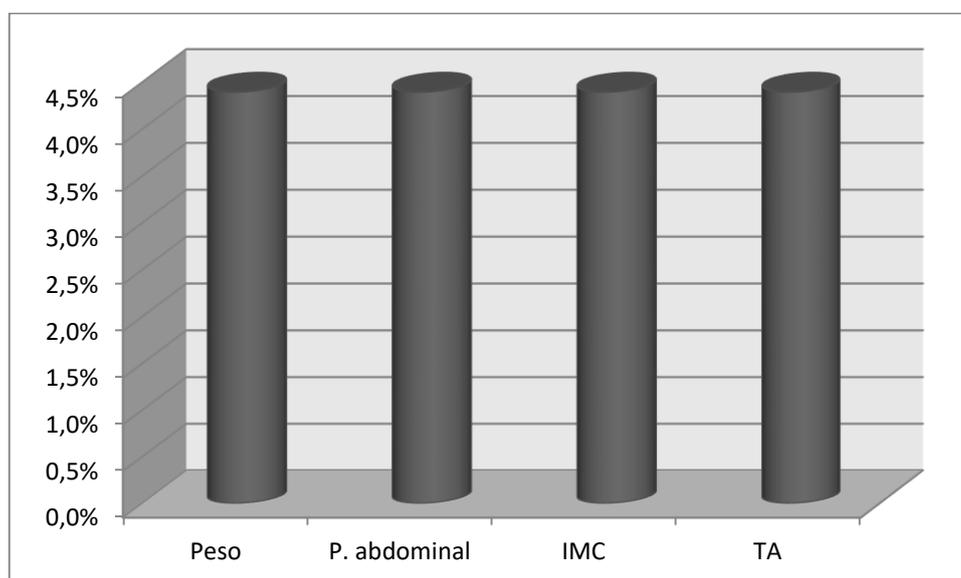


El 86,7% de la muestra no tiene realizadas las medidas de tensión arterial conforme al consenso. Solamente el 4,4% de la muestra tiene el seguimiento de la tensión arterial conforme al consenso.

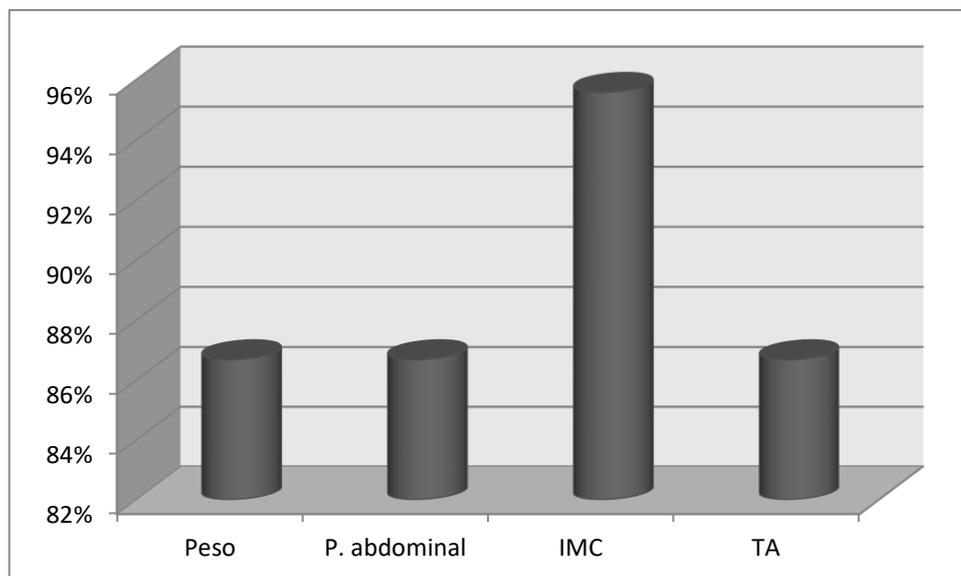
Debemos destacar que un 6,67% de la muestra sin seguimiento de la tensión arterial tiene hipertensión grado I o ligera. Un 11,11% de la muestra sin seguimiento de la tensión arterial tiene una hipertensión normal-alta.

A continuación, en las gráficas 28 y 29, se representan aquellas medidas antropométricas medidas conforme al protocolo y aquellas medidas antropométricas medidas de manera inadecuada respectivamente.

Gráfica 28. Medidas antropométricas evaluadas conforme al consenso en pacientes con trastorno bipolar.



Gráfica 29. Medidas antropométricas medidas de manera inadecuada respecto al consenso para pacientes con trastorno bipolar



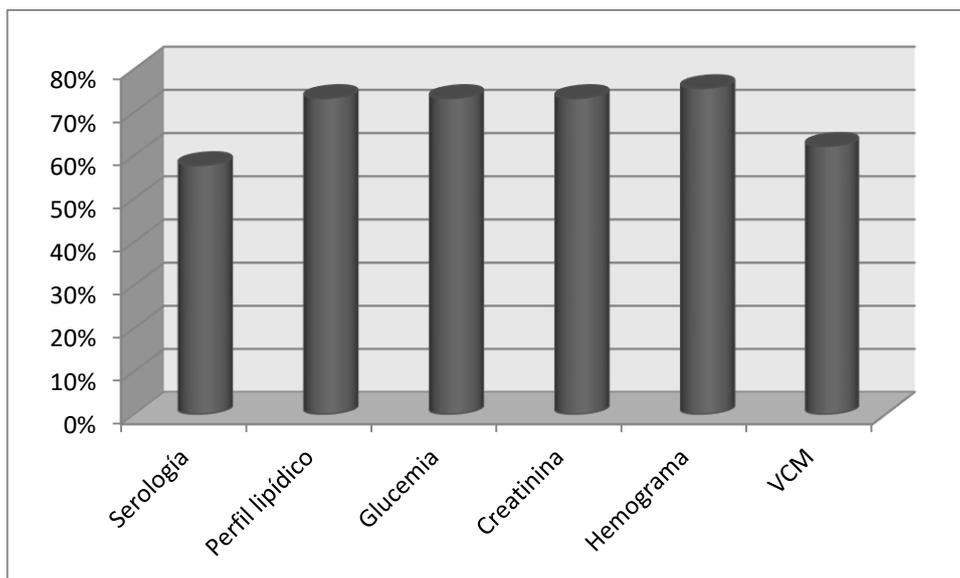
4.4.2.2 Analítica

Para el control de las enfermedades endocrinometabólicas es necesaria la evaluación de algunos parámetros indicados en el consenso. Estos parámetros, que han de ser evaluados mediante control analítico, se muestran a continuación.

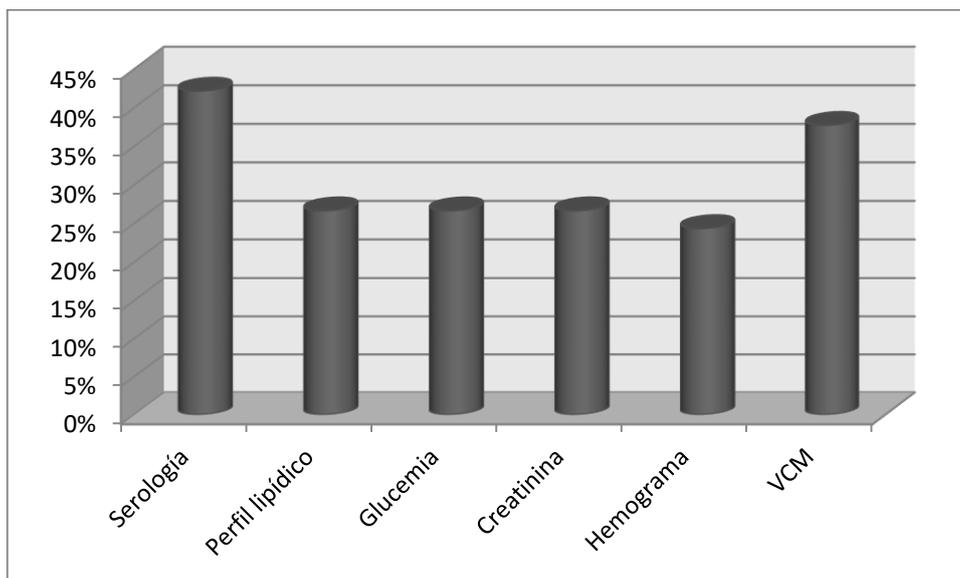
El 73,3% de la muestra tiene el perfil lipídico realizado según el consenso. A un 26,7% de la muestra nunca se les realizó el perfil lipídico, sin embargo, de ellos un 6,67% tiene valores de triglicéridos mayores a 200mg/l, es decir, elevados. El 73,3% de la muestra tiene realizados los controles de glucosa y creatinina conforme al consenso. Solamente hay un paciente en la muestra que tiene valores de glucemia superiores a 126mg/dl, es decir, alterados, y que no tenía realizadas las mediciones de glucosa conforme al protocolo.

Otros valores analíticos que se deben realizar según lo establecido en el consenso son el hemograma y el volumen corpuscular medio, que están realizados en el 75,6% y el 62,22%, respectivamente. Además, el 57,78% de la muestra tenía realizada una serología basal conforme al consenso, frente al 42,22% de la muestra que no tiene realizada la serología basal. Los valores realizados conforme al consenso o de manera inadecuada se representan en las gráficas 30 y 31 respectivamente.

Gráfica 30. Parámetros analíticos medidos conforme al consenso en pacientes con trastorno bipolar



Gráfica 31. Parámetros analíticos realizados de manera inadecuada respecto al consenso para pacientes con trastorno bipolar



El 34,1% de la muestra tiene algún factor de riesgo cardiovascular presente. Todos los pacientes con factores de riesgo cardiovasculares tienen realizado un electrocardiograma conforme al consenso, exceptuando 1 caso al que no se realiza el seguimiento.

Las interacciones y efectos secundarios del tratamiento psiquiátrico deben ser registradas y evaluadas conforme al consenso. El 46,66% de los pacientes están a

tratamiento con litio. El 100% de la muestra a tratamiento con litio tiene seguimiento y control de la TSH conforme indica el consenso.

Los pacientes con valores alterados de glucosa y TSH precisan una reevaluación de los parámetros. Todos los pacientes con estos parámetros alterados tienen una analítica de control conforme al consenso.

Los pacientes con prolactina elevada precisan una reevaluación de la analítica. Un 15,56% de la muestra tiene la prolactina elevada, de ellos, 6 pacientes no se les realiza el seguimiento conforme al consenso.

Los casos de prolactina elevada se corresponden al 15,56% de la muestra; de éstos, 6 no fueron identificados hasta el momento de la inclusión en el estudio. Por lo tanto, no se les realizó la repetición de la analítica conforme establece el consenso.

Un 22,22% de los pacientes tiene síndrome metabólico. Un 20% de los pacientes con síndrome metabólico no son evaluados conforme establece el consenso.

A continuación, se describen aquellos parámetros alterados en la muestra y que deben recibir un seguimiento concreto según el consenso.

Un 11,11% de los pacientes incrementó su peso en más de un 7%. Para todos ellos, las evaluaciones son realizadas conforme al protocolo, es decir, tiene un seguimiento adecuado del control del peso y se les repite la analítica anualmente.

Todos los pacientes con cifras de colesterol mayores a 250mg/dl, triglicéridos mayores a 200mg/dl, síndrome metabólico o glucemias mayores a 126mg/dl, es decir, parámetros alterados, tienen las mediciones de éstos conforme al consenso. Además, solamente hay un caso con TSH elevada que fue derivado al especialista conforme indica el consenso.

4.4.2.4 Seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno bipolar y una enfermedad física diagnosticada

A continuación, describimos cómo se realiza el seguimiento de las medidas antropométricas y analíticas en pacientes con trastorno bipolar y patología física asociada.

Debemos destacar que todos los pacientes con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, dislipemia mixta, obesidad e hipertensión arterial tienen evaluadas

variables conforme al consenso, tales como el control del peso, el índice de masa corporal, el perímetro abdominal y el perfil lipídico.

4.4.2.5 Seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno bipolar y parámetros metabólicos alterados

A continuación, describimos cómo se realiza el seguimiento de los parámetros analíticos en pacientes con parámetros metabólicos alterados.

Todos los pacientes con cifras de colesterol mayores a 240, con cifras de triglicéridos mayores a 200, con cifras de glucosa mayores a 126mg/dl y con cifras de prolactina mayor a 20ng/ml tienen un perfil lipídico realizado conforme al consenso.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar cómo se realiza el seguimiento de la patología física en pacientes con trastorno mental grave y evaluar el impacto de dicho seguimiento en la salud física de estos pacientes.

Tal y como se justificó en la introducción de esta tesis doctoral, a pesar de que la prevalencia de los problemas de salud física en pacientes con trastorno mental grave es elevada, el seguimiento de dicha patología es muy escaso. Por lo tanto, parece relevante un análisis del historial clínico de los pacientes del estudio para evaluar el seguimiento de la patología física.

En el ámbito de la salud mental, los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar destacan por la elevada prevalencia de problemas de salud física. Además, los estudios previos realizados en nuestro país acerca de este tema incluyen, en su mayoría, pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.^{20,21,41,43,45} En relación con esto, en nuestro país - precisamente - se han elaborado dos Consensos específicos de Salud General en el paciente con esquizofrenia y trastorno bipolar.^{20,21} Además, en estos pacientes se registra un mayor incumplimiento de los programas de salud física, así como una atención médica insuficiente.⁶ En nuestra Comunidad Autónoma, contamos con programas de salud informatizados elaborados mediante ítems cerrados, lo que facilita la monitorización de la patología física.

Cabe destacar que en esta tesis se ha llevado a cabo, como aspecto novedoso, la evaluación del impacto que tiene el seguimiento de los programas de salud física de atención primaria en la salud de los pacientes con trastorno mental grave. Así mismo, se aborda a la vez el seguimiento de salud física por parte del equipo de salud mental y el equipo de atención primaria. Además, en este estudio contamos con la participación de pacientes con un rango amplio de edad, entre los 18 y 65 años, lo que nos permitió reducir el sesgo en la prevalencia de algunas patologías asociadas a la edad.

Para la monitorización de la salud física se utilizaron dos enfoques, el preventivo y el de seguimiento de comorbilidades médicas asociadas. Para el enfoque preventivo se incluyeron los parámetros de los programas elaborados en base a una prevención primaria. Para el seguimiento de las comorbilidades médicas asociadas se utilizaron los programas disponibles para las enfermedades médicas más prevalentes. La utilización de estos programas puede evitar la mortalidad prematura y la pérdida de calidad de vida.^{6,9}

En este estudio nos encontramos con una falta del registro de los parámetros de salud física en el historial clínico de salud mental, lo que puede suponer un problema de validez. Los profesionales de salud mental no tienen formularios diseñados para el registro y el seguimiento de patologías físicas, y éste se realiza con campos abiertos, lo que dificulta la interpretación de los datos. Este tipo de sesgo es muy difícil de evitar, ya que el historial clínico es la única herramienta disponible con la que contamos. Por el contrario, los profesionales de atención primaria sí tienen formularios cerrados para el registro y seguimiento de la patología física, lo que constituye una gran ventaja para su registro y codificación.

En relación con esto, sería recomendable llevar a cabo la elaboración de cuestionarios sencillos que fomentaran el adecuado seguimiento de las patologías físicas. Además, contar con un método de registro sencillo podría aumentar la implicación de los profesionales en el seguimiento de la patología física.

En cuanto a las características sociodemográficas, la muestra reclutada estuvo compuesta, principalmente, por adultos jóvenes varones. En cuanto al diagnóstico, se registró una participación similar de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, a pesar de que el número de pacientes con esquizofrenia inscritos en los centros de salud mental de referencia es mayor.

En la muestra encontramos prevalencias de comorbilidad física menores a lo esperado. Así, la muestra de este estudio obtuvo una menor presencia de patologías físicas que en otros estudios.^{50,51,52,53,54,55,56} Estas prevalencias menores pueden deberse al interés actual en la prevención para patologías físicas metabólicas en pacientes con trastorno mental grave. Quizá debido a la gran magnitud y la elevada prevalencia de los problemas de salud física en los pacientes con trastorno mental grave, actualmente los profesionales de la salud adoptan un enfoque más preventivo en el tratamiento de estas patologías. Este mayor nivel de seguimiento de las patologías físicas puede estar influyendo en la disminución de dicha prevalencia. Además, las razones por las que la prevalencia de patologías físicas es inferior en nuestra muestra podrían estar relacionadas con que los pacientes están en tratamiento ambulatorio, se encuentran estables y no tienen más de 10 años de evolución de la enfermedad. Además, también debemos destacar que hemos identificado un número considerable de patologías infradiagnosticadas que podrían justificar esta baja prevalencia. A continuación, se destacan los principales hallazgos en relación a la prevalencia de patología real e infradiagnosticada recogida en los historiales clínicos de salud mental.

La prevalencia de diabetes en la muestra es del 5,83%. Esta prevalencia es inferior a la que encontramos en otros estudios previos. En la bibliografía encontramos una prevalencia de diabetes de entre el 3% y el 18,9%.^{19,49,50,51,52,53,54,55,56,60,62,68}

Según la bibliografía consultada, las dislipemias son un problema de gran magnitud, especialmente en pacientes con trastorno mental grave. En la literatura científica, las dislipemias en pacientes con trastorno mental grave alcanzan prevalencias de entre el 14% y el 69%.^{19,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,63} Sin embargo, la prevalencia de dislipemias en nuestro estudio está en torno al 15 %, la cifra más baja registrada en otros estudios.

La obesidad es uno de los parámetros metabólicos más alterados. Este dato se señala varias veces a lo largo de esta tesis doctoral, ya que el 30% de los pacientes de la muestra tienen un índice de masa corporal elevado. Esta prevalencia de obesidad que obtenemos en nuestro estudio es similar a la que obtienen otros investigadores.^{19,54,50,51,52} No obstante, algunos estudios han llegado a registrar prevalencias del 55% y 64,2%.⁵⁵ Debemos reseñar, que estas elevadas prevalencias de obesidad en pacientes con trastorno mental grave no han disminuido a pesar de las estrategias y programas de salud que se han llevado a cabo en los últimos años.^{20,21,87,128,129,130}

En nuestro estudio, la hipertensión arterial obtiene una prevalencia del 13%. Conviene recordar aquí el papel que juega la hipertensión arterial como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares. Debemos destacar que en otros estudios obtuvieron prevalencias de hipertensión arterial más elevadas que van desde un 13,4% hasta alcanzar un 61%.^{19,49,50,51,52,54,55,57,59,60,62,63}

Resulta llamativo que en nuestro estudio no tenemos altas tasas de enfermedades infecciosas (VIH, VHB y VHC), ya que las personas con trastorno mental grave presentan tasas de enfermedades infecciosas superiores a la población general.³⁹ Esto puede ser debido a que las enfermedades infecciosas se asocian al consumo de sustancias y el uso de drogas por vía parenteral⁴⁹ y en nuestro estudio no hay pacientes con historia de consumo de tóxicos, exceptuando el tabaco.

Respecto de los datos previamente expuestos sobre la prevalencia de patologías físicas, conviene señalar que es posible que éstos no estén exentos de sesgos, ya que fueron recogidos del historial clínico de salud mental así como a través del registro de parámetros metabólicos alterados. En el caso de diagnosticarse nuevas patologías no registradas en los historiales clínicos podemos hablar de infradiagnóstico. El

infradiagnóstico de patologías físicas en pacientes con trastornos mentales graves es común en la bibliografía consultada.^{6,7,8}

Un 3,27% de la muestra obtuvo en la analítica valores de glucemia mayores a 126mg/dl. Estos valores elevados de glucemia pueden ser pronósticos de diabetes. Por tanto, los pacientes con valores de glucemia mayores de 126mg/dl deben ser estudiados, y en caso de confirmarse el diagnóstico de diabetes, la prevalencia de diabetes en nuestra muestra se elevaría hasta un 9,1%. Esta hipotética prevalencia de diabetes sería similar a la obtenida en otros estudios.^{49,51,52,54,55,56,63}

Los pacientes sin diagnóstico de dislipemias obtuvieron en la analítica valores de colesterol y triglicéridos elevados. Por tanto, obtenemos una prevalencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia infradiagnosticadas del 8,16% y del 7,37%, respectivamente. De esta manera, la prevalencia de hipercolesterolemia ascendería hasta el 24% y la prevalencia de hipertrigliceridemia ascendería hasta el 21,54%. Estas prevalencias de dislipemias infradiagnosticadas son similares a la de otros estudios.^{19,56,58,63} Aun así, en otros estudios las prevalencias de dislipemias son mayores.^{50,51,52,54,55,57,59}

En pacientes con obesidad, los casos de infradiagnóstico son similares a los del resto de patologías. Un 38,58% de pacientes sin diagnóstico de obesidad tienen un índice de masa corporal mayor a 27, es decir, índice de masa corporal predictor de obesidad. Este índice de masa corporal pronóstico elevaría la prevalencia de obesidad hasta el 68%. Esta nueva prevalencia de obesidad sería similar a la obtenida en otros estudios.^{50,52,55,57}

Respecto a los pacientes sin diagnóstico de hipertensión arterial obtuvimos que un 3,27% tiene hipertensión arterial grado II. Por tanto, estos pacientes con hipertensión arterial grado II elevarían la prevalencia de hipertensión arterial hasta un 16,57%. Esta prevalencia de hipertensión arterial es similar en otros estudios.^{49,51,52}

Por último, el 18,18% de la muestra tiene síndrome metabólico. Todos los pacientes que cumplen criterios de síndrome metabólico están infradiagnosticados. Ningún paciente tiene registrado el diagnóstico de síndrome metabólico en su historial clínico. La prevalencia de síndrome metabólico en nuestra muestra es similar a otros estudios.^{55,59} Sin embargo, en otras publicaciones obtienen prevalencias de síndrome metabólico mayores a las encontradas en nuestro estudio y que oscilan entre un 35% y un 63%.^{19,53,57,61}

En los párrafos anteriores hemos comentado las diferentes patologías infradiagnosticadas por parte del equipo de salud mental. Sin embargo, por otro lado,

las prevalencias de las patologías físicas registradas en el historial clínico de atención primaria también obtienen discrepancias. Es decir, los pacientes sin patologías metabólicas diagnosticadas en el historial clínico de atención primaria tienen parámetros metabólicos elevados, que son pronósticos de patologías físicas. Además, debemos señalar que existen discrepancias entre las patologías físicas en el historial clínico de salud mental y atención primaria, es decir, encontramos nuevos casos de infradiagnóstico.

La prevalencia de diabetes es del 7,55% de la muestra. No obstante, un 3,27% de la muestra sin diagnóstico de diabetes obtuvo valores de glucosa en ayunas mayores a 126mg/dl, por lo tanto, valores pronósticos de diabetes. Estos datos elevarían la prevalencia real de diabetes hasta el 10,82%. Esta prevalencia nueva de diabetes es similar a la obtenida en otros estudios.^{49,51,52,54,55,56,63} Debemos destacar que la prevalencia de diabetes en los historiales clínicos de atención primaria y salud mental es similar, por lo que no obtenemos datos dispares de infradiagnóstico.

Respecto a los pacientes sin diagnóstico de hipertrigliceridemia obtenemos que un 5,73% están infradiagnosticados, es decir, tienen valores de triglicéridos superiores a 200mg/dl, que son valores pronósticos de esta patología. Por tanto, la prevalencia real de esta patología ascendería hasta el 25,54%. Esta prevalencia real de hipertrigliceridemia es similar a las descritas en otros estudios.^{19,56,58,63} Debemos destacar que la prevalencia de hipertrigliceridemia es distinta en el historial clínico de salud mental que en el de atención primaria. En el historial clínico de salud mental obtenemos una prevalencia real de hipertigliceridemia del 21,54%. Quizá la disparidad de estos datos se debe a la desigualdad en los tiempos de recogida de datos o, de nuevo, se debe a casos de infradiagnóstico.

Por otro lado, obtenemos que un 5,73% de los pacientes con hipercolesterolemia están infradiagnosticados. Por tanto, la prevalencia real de hipercolesterolemia es del 16,11%. Estos porcentajes de hipercolesterolemia son similares a otros estudios.^{19,56,58,63} Aunque debemos señalar que la prevalencia de hipertrigliceridemia en el historial clínico de salud mental es del 24%. De nuevo, la diferencia de ambas prevalencias se debe a la desigualdad en los tiempos de la recogida de datos o, como en este caso y mucho más probable, al infradiagnóstico.

La obesidad tiene la prevalencia más elevada de patología física, el 43,4% de la muestra tiene obesidad. Aunque un 22,13% de los pacientes sin diagnóstico de obesidad tienen un índice de masa corporal mayor a 27, es decir, un valor pronóstico de obesidad. Por tanto, la prevalencia real de obesidad sería de 65,53%. Esta prevalencia real de

obesidad es similar a otros estudios.^{50,52,55,57} Debemos destacar que la prevalencia de obesidad en los historiales clínicos de atención primaria y salud mental son similares, por tanto, no obtenemos datos dispares de infradiagnóstico.

La prevalencia de hipertensión registrada en el historial clínico de atención primaria es del 6.6%. Respecto a los pacientes sin diagnóstico de hipertensión arterial obtuvimos que un 3,27% tiene hipertensión arterial grado II. Por tanto, estos pacientes con hipertensión arterial grado II elevarían la prevalencia de hipertensión arterial hasta un 9,87%. Esta prevalencia de hipertensión arterial sería similar a otros estudios.⁵¹ Debemos señalar que la prevalencia real de hipertensión en el historial clínico de salud mental es del 16,57%. De nuevo, la diferencia de ambas prevalencias es por la desigualdad en los tiempos de la recogida de datos o como en este caso y mucho más probable, al infradiagnóstico.

Por último, debemos señalar que en el historial clínico de atención primaria no se recogen datos de síndrome metabólico, por tanto, no existe prevalencia de síndrome metabólico para los profesionales de atención primaria. Sin embargo, hay una prevalencia de síndrome metabólico del 18,18% en nuestra muestra.

Las diferencias entre las patologías reales y las patologías infradiagnosticadas resultan llamativas. En nuestro estudio hay patologías que pasan inadvertidas para los clínicos. Esta comorbilidad física que pasa inadvertida ya fue descrita en otras investigaciones.^{105,108} El nivel de infradiagnóstico es un claro indicador del nivel de calidad de vida en la muestra, ya que la falta de diagnóstico dificulta el seguimiento.^{6,9}

Además, en las prevalencias reales de patología física en los historiales clínicos de salud mental y de atención primaria encontramos diferencias. Por tanto, hay una discrepancia en la asistencia sanitaria en pacientes con trastorno mental grave que ya fue descrita en otros estudios.¹⁰⁶

Respecto a los parámetros analíticos debemos decir que la glucosa, el colesterol total, el colesterol LDL, los triglicéridos y la prolactina están alterados en el 55,74%, 44,82%, 37,4, 33,62 y 20,6%, respectivamente. Y en relación a las medidas antropométricas debemos decir que el perímetro abdominal está alterado en el 45,45% de las mujeres y en el 44,78% de los hombres. Además, otros parámetros como el índice de masa corporal y la tensión arterial están alterados en el 47,1% y 23,32%, respectivamente. Debemos señalar que los parámetros analíticos descritos anteriormente se corresponden con factores de riesgo modificables.^{66,67} Por tanto, las intervenciones para el control de la patología física y la monitorización de parámetros metabólicos y

analíticos son la clave.^{4,5} Cabe destacar que en nuestra muestra la prevalencia de factores de riesgo es mayor a la prevalencia de patologías físicas. Por tanto, el seguimiento de las patologías físicas y las intervenciones en los cambios de estilos de vida son primordiales.

Respecto al hábito tabáquico, debemos señalar que el 42,76% de la muestra son fumadores. En estudios previos, se ha estimado la prevalencia de fumadores entre un 55-68%.^{55,8788,89,90} La prevalencia de fumadores en nuestra muestra respecto a otros estudios es menor, aunque la tasas de consumo de tabaco continúan siendo elevadas. Resulta llamativo que estas prevalencias de consumo de tabaco no han disminuido a pesar de las estrategias nacionales de salud, que no parecen ser tan eficaces en pacientes con trastorno mental grave.¹³⁸ Además, debemos destacar que el consumo de tabaco aumenta la aparición de enfermedades físicas como la hipertensión arterial y la diabetes.⁵⁵ Por tanto, el seguimiento y las actividades preventivas para modificar factores de riesgo modificables deben ser un objetivo común para todos los profesionales. Una vez más, la actuación a nivel preventivo podría disminuir la incidencia de patologías físicas en pacientes con trastorno mental grave.

Está ampliamente descrito que la monitorización de parámetros por parte de los clínicos y personal de enfermería en atención primaria no es adecuada, y que el acceso a los recursos sanitarios de pacientes con trastorno mental grave es menor que en la población general.^{101,102} Como ya describimos en otros apartados, los equipos de atención primaria cuentan con programas de salud diseñados para el seguimiento y control de las patologías físicas más prevalentes. Sin embargo, a pesar de contar con programas de seguimiento en salud física para pacientes con trastorno mental grave, un 17,9% de los pacientes de nuestra muestra no tiene controles de glucosa. Respecto a las cifras de control de glucosa disponibles en otros estudios, esta prevalencia y esta escasa evaluación de cifras de glucosa en nuestro estudio no son tan elevadas, ya que un estudio demuestra que solamente el 43% de los pacientes recibía controles de glucosa.¹⁸

Según la bibliografía consultada, la realización de un perfil lipídico a pacientes con trastorno mental grave es infrecuente, pues en un estudio solamente el 29% de muestra tenía el perfil lipídico realizado.¹⁸ Según los datos de nuestro estudio, el colesterol total, el colesterol LDL y los triglicéridos no están realizados en el 17,9%, 19,8% y 17,9%, respectivamente, es decir, los pacientes de nuestra muestra reciben más controles lipídicos que la bibliografía consultada.

En otros estudios, las medidas antropométricas como son el peso, el perímetro abdominal y el índice de masa corporal no están realizadas en el 58% de la muestra.¹⁸ Sin embargo, en nuestro estudio las medidas antropométricas como son peso, perímetro abdominal e índice de masa corporal no están realizadas en el 40,6%, 94,3% y 48,1% de la muestra, respectivamente. El seguimiento de parámetros antropométricos en los pacientes de nuestra muestra es infrecuente, pero por otro lado, es mayor que el seguimiento de parámetros antropométricos en otros estudios.

Por último, en la bibliografía consultada la monitorización de la tensión arterial no está realizada en el 55% de los pacientes con trastorno mental grave.¹⁸ Sin embargo, en nuestro estudio la monitorización de la tensión arterial no está realizada en el 40,6% de los pacientes de la muestra. Quizá, la publicación de los Consensos Españoles de Salud Física para pacientes con Esquizofrenia²⁰ y para pacientes con Trastorno Bipolar²¹ tiene un impacto en el seguimiento de la salud física de los pacientes con trastorno mental grave, ya que en nuestro estudio, el seguimiento de parámetros analíticos y antropométricos es mayor que en otros estudios. Afortunadamente, el interés por el seguimiento de las enfermedades físicas en los pacientes con trastorno mental grave ha ido creciendo y se han desarrollado intervenciones eficaces en el control de la patología física.¹⁰⁸ Este mayor seguimiento y control de las enfermedades físicas es evidente en nuestro estudio, pues la monitorización de parámetros antropométricos y analíticos son más monitorizados, aunque no en la totalidad de la muestra. Es importante señalar que los parámetros analíticos y antropométricos están más alterados en pacientes con trastorno mental grave que en la población general.^{1,2,3} Los pacientes que toman fármacos antipsicóticos tiene mayor riesgo de desarrollar parámetros metabólicos alterados.^{91,92,92,94} Por tanto, el escaso control y seguimiento de las medidas antropométricas y analíticas en pacientes con trastorno mental grave constituyen los principales factores de riesgo que enmarcaran la posibilidad de una prevención rápida.

A continuación, se destacan los principales hallazgos del seguimiento de las principales patologías físicas por el equipo de atención primaria.

Según la literatura, la diabetes en pacientes con trastorno mental grave es una de las enfermedades más prevalentes. A pesar de ello, algún estudio muestra que el 30,2% de los pacientes diabéticos no tenía el seguimiento médico adecuado.¹⁰⁵ Debemos señalar que en nuestro estudio el 75% de la muestra con diabetes tiene el seguimiento adecuado, pero por otro lado, el 25% de la muestra no lo tiene, lo que supone un dato similar a lo descrito en otros estudios.¹⁰⁵

Debemos destacar que la mayoría de la muestra con el protocolo de diabetes realizado de manera completa tiene buen control del índice glucémico, ya que solamente un individuo con el seguimiento realizado de manera completa tiene mal control del índice glucémico. Por tanto, el seguimiento de la diabetes conforme al programa parece mostrar el beneficio en el control de esta patología. Sin embargo, para evaluar el impacto del seguimiento de la diabetes en la salud física de los pacientes aplicamos el test de Fisher que nos muestra que la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud no hay asociación significativa. Ésta asociación no es significativa por la baja prevalencia de pacientes con diabetes en la muestra. Como hemos mencionado anteriormente, la baja prevalencia de algunas patologías físicas es una de las limitaciones de la muestra de este estudio. Nuestra muestra es relativamente joven, en tratamiento ambulatorio, estable psicopatológica y físicamente y con menos de 10 años de evolución de la enfermedad. En el caso de aumentar la prevalencia de diabetes en la muestra, sí podríamos encontrar una asociación significativa de los beneficios positivos del seguimiento, ya que numerosas investigaciones enumeran los beneficios de dicho seguimiento en pacientes con trastorno mental grave. Los controles metabólicos y los consejos sobre estilos de vida saludable demuestran ser eficaces en los pacientes con diabetes.¹³¹ Además, el adecuado control en cifras de glucosa también es beneficioso.¹³²

La hipertensión arterial en pacientes con trastorno mental grave es otra de las comorbilidades físicas más prevalentes. Sin embargo, algunos estudios muestran que el seguimiento de la hipertensión arterial no se realiza al 62% de la muestra.¹⁰⁵ Según nuestros datos el 42,86% de los pacientes con hipertensión arterial no tiene la atención médica adecuada. En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con seguimiento inadecuado de la hipertensión arterial es menor que en la bibliografía consultada. Quizá, el aumento del seguimiento de la comorbilidad médica asociada en los pacientes con trastorno mental grave se debe al impacto de los programas de salud física disponibles en nuestro país.^{20,21} Debemos destacar que todos los pacientes con el protocolo de hipertensión arterial realizado de manera completa tienen cifras óptimas de tensión arterial, por tanto, el adecuado seguimiento parece mostrar su beneficio. Sin embargo, para evaluar el impacto del seguimiento de la hipertensión arterial en la salud física de los pacientes aplicamos el test de Fisher, que no arrojó datos significativos de la relación entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud. Ésta asociación no es significativa por la baja prevalencia de pacientes con hipertensión arterial en la muestra. Como hemos mencionado anteriormente, la baja prevalencia de algunas patologías físicas es una limitación del estudio. Sin embargo, otras investigaciones enfocadas en

la reducción de los factores de riesgo, entre ellos la hipertensión arterial, sí obtuvieron buenos resultados. Es decir, el control y la reducción de la tensión arterial muestran grandes beneficios.^{87,129} Por tanto, con una muestra mayor de pacientes con hipertensión arterial en nuestro estudio también podríamos demostrar los beneficios del seguimiento.

La obesidad es una de las patologías más prevalentes en los pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, el porcentaje de seguimiento de la obesidad en pacientes con trastorno mental grave es pequeño.¹⁰⁵ En uno de los estudios de la bibliografía consultada, un 65,5% de los pacientes con obesidad no tiene un seguimiento adecuado.¹⁰⁶ En nuestro estudio el 65,96% de la muestra con obesidad no tiene el seguimiento realizado de manera completa, es decir, obtenemos un porcentaje similar a lo descrito en la bibliografía. Resulta llamativo el porcentaje de pacientes con obesidad que no reciben recomendaciones ni consejos de estilos de vida saludables. Sin embargo, las intervenciones basadas en estilos de vida más saludables demuestran ser eficaces en la reducción del peso.¹²⁸ El escaso seguimiento de la obesidad muestra que el 81,2% de los pacientes con obesidad no obtuvo mejoría en la reducción del peso y solamente un 18,8% obtuvo una reducción parcial del peso. Aunque debemos destacar que, para evaluar el impacto del seguimiento de la obesidad en la salud física de los pacientes aplicamos el test de Fisher que mostró una asociación significativa entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud. Es decir, un porcentaje significativo de pacientes que tiene el seguimiento realizado de manera completa disminuyeron su peso de manera gradual. Otros estudios muestran también que el seguimiento y los consejos nutricionales aumenta el porcentaje de éxito.^{87,129,130}

Según algunos estudios, el seguimiento de patologías como las dislipemias es precario en pacientes con trastorno mental grave. Estos estudios señalan que la prevalencia del seguimiento en las dislipemias asciende hasta el 88%.¹⁰⁷ En nuestro estudio se estima que el 58,54% de la muestra no recibe el seguimiento adecuado, es decir, obtenemos un porcentaje menor respecto a la bibliografía existente.¹⁰⁷ Una vez más, el interés actual y el enfoque preventivo de los principales programas de salud física en pacientes con trastorno mental grave parecen contribuir al aumento del seguimiento de las patologías físicas.^{20,21} Por otro lado, debemos destacar que se estima que el 58,54% de la muestra con dislipemias no recibió el seguimiento adecuado, ya que no se le realizó el protocolo de manera completa, es decir, obtenemos un porcentaje elevado, al igual que en la evidencia científica disponible.⁷⁸ Además, debemos destacar que el 48,8% de los pacientes no tenía el protocolo realizado de manera completa, por tanto, no obtuvieron ninguna mejoría. Este escaso seguimiento, así como la falta de tratamiento

y de prevención se han asociado, en algunos estudios, con consecuencias desfavorables para la salud física.¹⁰⁵ Por otro lado, un 64,75% de los pacientes con el programa evaluado de manera completa tiene cifras óptimas de triglicéridos, por tanto, el seguimiento parece ser beneficioso en el control de las dislipemias. Debemos destacar que, para evaluar el impacto del seguimiento de las dislipemias en la salud física de los pacientes sí se registró una relación estadísticamente significativa entre el cumplimiento del programa y los parámetros de salud. Es decir, un porcentaje significativo de pacientes que tiene el seguimiento realizado de manera completa disminuyó las cifras de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos hasta rangos normales. Otros estudios muestran también que la monitorización de parámetros metabólicos son la base de las medidas preventivas.^{135,136}

Debemos señalar que el seguimiento de las patologías físicas en pacientes con trastorno mental grave es, en general, mayor que en la bibliografía consultada. Aunque la falta de seguimiento y control de las patologías físicas por el equipo de atención primaria no resultan nada alentadoras. Como hemos descrito en otros apartados, los profesionales de atención primaria son los primeros proveedores de salud para las patologías físicas más prevalentes. Los programas de salud física deben aplicarse a la población total de enfermos con trastorno mental grave y con patologías físicas asociadas. Una vez que los programas de salud física disponibles se apliquen a la población total obtendremos una mejoría real en la patología física de los pacientes con trastorno mental grave.

A continuación, describiremos los principales hallazgos del seguimiento de la patología física según el Consenso Español de Salud Física para pacientes con Esquizofrenia.

Los antecedentes tanto personales como familiares de patología física son un valor de referencia útil en la prevención y estimación del riesgo metabólico asociado. Según la literatura, los antecedentes familiares son poco valorados.¹⁸ Sin embargo, el 85,51% de los pacientes esquizofrenia tiene los antecedentes familiares registrados conforme al Consenso. Es decir, el Consenso Español de salud Física en pacientes con Esquizofrenia tiene un impacto positivo.

La educación en hábitos y estilos de vida saludables constituyen una de las herramientas más eficaces para la prevención de la patología física asociada. Por ello, el control y el registro de los estilos de vida se recogen en los Consensos. Estudios previos señalan que el 93,3%¹²² de los clínicos aconsejaba a sus pacientes acerca de estilos de vida saludables. Sin embargo, el registro de estilos de vida saludables es menor en nuestro estudio que en la bibliografía existente, ya que solamente el 30% de

los pacientes recibe consejos de estilos de vida saludables. Esto puede ser debido a la falta de formularios cerrados para el registro de la patología física. Además, los parámetros de salud física pueden no estar registrados por la falta de tiempo del clínico.

En diferentes estudios e informes de resultados se observó un aumento considerable de monitorización de los parámetros metabólicos en pacientes con trastorno mental grave. Entre estos estudios y el nuestro encontramos discrepancias en la monitorización de parámetros metabólicos. Estas discrepancias pueden deberse a que en nuestro estudio hemos realizado una revisión de los historiales clínicos mientras que en otros estudios se basaron en la evaluación de los parámetros metabólicos mediante encuesta a los clínicos.

Respecto al seguimiento de enfermedades neoplásicas en pacientes con esquizofrenia, en nuestra muestra se establece una media de parámetros monitorizados del 21,61%. En otras investigaciones la monitorización de los parámetros recomendados para las enfermedades neoplásicas es similar, en torno al 24%.^{122,123} Sin embargo, en nuestro estudio una media del 75,18% de los parámetros recomendados para las neoplasias no son monitorizados. Otras investigaciones señalan que la no monitorización de los parámetros recomendados para las neoplasias corresponde al 25% de la muestra.¹²² Es decir, en la evidencia científica disponible el seguimiento para las enfermedades neoplásicas es mayor que en nuestro estudio.¹²²

Respecto a las enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares, las medidas antropométricas en pacientes con esquizofrenia son monitorizadas en torno a una media del 26%. Debemos destacar que desde la publicación del Consenso de Salud Física en pacientes con Esquizofrenia, los parámetros metabólicos son monitorizados en mayor medida.²² Además, debemos destacar que la mayoría de los pacientes con medidas antropométricas alteradas, en torno al 60%, tiene el seguimiento conforme al Consenso. Sin embargo, la monitorización de parámetros metabólicos no se aplica a la totalidad de la muestra. La prevalencia en torno al 26% de monitorización de parámetros metabólicos puede estar relacionada con las escasas visitas de los pacientes a la consulta de enfermería. La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia es ampliamente conocida, por tanto, es difícil la monitorización de algunos parámetros.

Con el objetivo de prevenir las enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares, los parámetros metabólicos en pacientes con esquizofrenia son monitorizados con prevalencias elevadas, en torno a una media del 75%. Estos porcentajes de monitorización de parámetros metabólicos son similares a los que encontramos en otros estudios.²² Además, los pacientes con diabetes tienen los controles de glucemia

conforme al Consenso, es decir, con el seguimiento adecuado. Por tanto, el Consenso Español de Salud Física tiene un impacto en la monitorización de parámetros metabólicos, ya que en nuestro estudio los parámetros metabólicos se monitorizan en mayor medida que en estudios previos.²² Sin embargo, debemos destacar que en torno al 5% de pacientes con valores de colesterol elevados no tiene un perfil lipídico realizado conforme al Consenso. Por esto último, podemos decir que los parámetros son monitorizados en una gran parte de los pacientes pero no en todos.

Debemos destacar que respecto a los pacientes con esquizofrenia y una enfermedad metabólica o parámetros metabólicos asociados, el Consenso ha tenido un impacto positivo. La mayoría de pacientes con diabetes, dislipemias, obesidad o hipertensión arterial tienen evaluados la mayoría de los parámetros recomendados en el Consenso.

Una vez descrito el seguimiento de parámetros recomendados en pacientes con esquizofrenia, presentamos los principales hallazgos en el seguimiento de la patología física según el Consenso Español sobre Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar.

Como hemos mencionado anteriormente, en algunos estudios los antecedentes familiares son poco valorados.¹⁸ Sin embargo, en pacientes con trastorno bipolar los antecedentes familiares son evaluados en el 86,67% de los pacientes. Es decir, la publicación de los Consensos tiene un impacto en el seguimiento de la patología física.

Como mencionamos anteriormente, la educación en hábitos y estilos de vida saludable constituyen una de las herramientas más eficaces para la prevención de patología física asociada. Por ello, el control y registro de los estilos de vida se recogen en los Consensos. Estudios previos señalan que el 93,3% de los clínicos aconsejaba a sus pacientes acerca de estilos de vida saludables.¹²² Sin embargo, el registro de estilos de vida saludables es menor en nuestro estudio, solamente el 20% de los pacientes recibe consejos de estilos de vida saludables. Una vez más, esto puede ser debido a la falta de formularios cerrados para el registro de la patología física. Además, los parámetros de salud física pueden no estar registrados por la falta de tiempo del clínico.

Según estudios previos, los parámetros recomendados en el Consenso de Salud Física en pacientes con Trastorno Bipolar son monitorizados en mayor medida.²² En nuestra muestra las medidas antropométricas en pacientes con trastorno bipolar son monitorizadas en torno a una media del 5%. Por tanto, aquellos pacientes con trastorno bipolar y con las medidas antropométricas alteradas no reciben el seguimiento que precisan. Solamente los pacientes con incremento del peso son derivados al

especialista conforme establece el Consenso. La prevalencia en torno al 5% de monitorización de parámetros metabólicos puede estar relacionada, una vez más, con las escasas visitas de los pacientes a la consulta de enfermería. La falta de adherencia al seguimiento por parte del paciente dificulta la monitorización de algunos parámetros.

Los parámetros metabólicos en pacientes con trastorno bipolar son monitorizados en torno al 70% de los pacientes. Estos porcentajes de monitorización de parámetros metabólicos son similares a los que encontramos en otros estudios.²² Además, los pacientes con glucosa, TSH, peso, colesterol alterados tienen realizadas las recomendaciones del Consenso. Por otro lado, los pacientes con factores de riesgo o interacciones farmacológicas reciben el seguimiento adecuado. Es decir, el Consenso Español de Salud Física en pacientes con trastorno Bipolar tiene un impacto en la monitorización de parámetros metabólicos, ya que en nuestro estudio los parámetros metabólicos se monitorizan en mayor medida que en estudios previos.²² Sin embargo, los pacientes con síndrome metabólico y prolactina elevada no son evaluados conforme al Consenso. Por esto último, podemos decir que los parámetros son monitorizados en una gran parte de los casos, pero no en todos los que sería deseable.

Por último, debemos destacar que todos los pacientes con hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, dislipemia mixta, obesidad e hipertensión arterial tienen evaluadas variables conforme al Consenso. Es decir, una vez más los pacientes con enfermedades metabólicas asociadas se benefician de las recomendaciones del Consenso.

Para finalizar, debemos decir que el aumento del control de la patología física por parte del equipo de atención primaria y por parte del equipo de salud mental supone una gran oportunidad para el cuidado de la salud de los usuarios.

5.1 Limitaciones de la investigación

En este estudio destacamos las siguientes limitaciones:

- La muestra de este estudio proviene de dos centros de salud mental y sus centros de atención primaria de referencia del área sanitaria IV de Oviedo. Aunque estos centros engloban un volumen importante de población clínica, no podemos determinar en qué medida las prácticas clínicas que se recogen en este estudio son equivalentes en otras áreas de la provincia de Asturias, o incluso en otras Comunidades Autónomas, cuya gestión clínica y administrativa puede ser diferente.

- El tamaño muestral es otro de los puntos débiles del estudio. Así, conseguir la participación de pacientes con trastorno mental grave en programas con actividades preventivas y estudios de investigación no es tarea fácil, ya que - como hemos comentado en varias ocasiones - los pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar son menos adherentes al tratamiento y seguimiento médico. Además, la necesidad de realizar controles analíticos y evaluar las medidas antropométricas de los participantes pudo declinar el interés de éstos por participar en el estudio. Por otro lado, las evaluaciones y la cumplimentación de los registros ocuparon mucho tiempo, lo que fomentó la pérdida de participantes. Por lo tanto, el tamaño muestral obtenido pudo llevar a una infraestimación de la prevalencia de patologías físicas asociadas y, por tanto, a una falta de sensibilidad de los parámetros estadísticos que detectan relaciones estadísticamente significativas.
- Además, tenemos un sesgo por falta de sensibilidad del procedimiento de recogida de datos, ya que en el historial clínico de salud mental no existen formularios con respuestas cerradas, lo que dificulta tanto el registro como la interpretación de los datos. De esta manera, la interpretación y recogida de los datos en el historial clínico de salud mental fue dificultosa. Además, algunos parámetros del Consenso podrían no estar registrados por la falta de tiempo del clínico. Por ello, los parámetros objetivos son los únicos que podemos cuantificar. Por otro lado, los profesionales de atención primaria, a pesar de tener formularios cerrados para el registro, no siempre los cumplimentan adecuadamente. La cumplimentación insuficiente de los formularios de salud por parte de los profesionales de atención primaria conllevaría a la dispersión de los datos obtenidos.
- La participación voluntaria pudo fomentar la colaboración de aquéllos pacientes más interesados en el proyecto. Este sesgo de participación es un problema con el que cuentan todos los estudios en los que no hay grupo control.
- Otra de las limitaciones del estudio es que se ha llevado a cabo de manera transversal y no longitudinal. Los estudios longitudinales son necesarios para sacar conclusiones firmes de la naturaleza causal de las asociaciones observadas en nuestro estudio.

5.2 Líneas futuras de investigación

Sería deseable realizar un estudio con una muestra más amplia con como más variables clínicas y demográficas. De esta manera la prevalencia de patologías físicas sería

probablemente más elevada y podríamos establecer asociaciones estadísticamente significativas entre el hecho de realizar un seguimiento adecuado y un impacto positivo en la salud física de los pacientes.

Por otro lado, la implementación de cuestionarios cerrados para el registro de la patología física permitiría evaluar adecuadamente cómo se realiza el control de ésta por parte del equipo de salud mental. Además, la formación de los profesionales de atención primaria en el seguimiento de la patología física de pacientes con trastorno mental grave aumentaría los beneficios y el impacto del seguimiento, ya que - como hemos dicho en varias ocasiones - la patología física en pacientes con trastorno mental grave pasa relativamente inadvertida.

Por último, sería interesante establecer una comparación entre el grado de adherencia al seguimiento de la patología física en los pacientes con trastorno mental grave y la población general. Esto permitiría evaluar si el seguimiento de patologías somáticas es menor en pacientes con trastorno mental grave.

6. CONCLUSIONES

1. Existen elevadas prevalencias de patologías físicas en la muestra de estudio. Las patologías físicas más prevalentes fueron la obesidad y las dislipemias. Otras patologías como la hipertensión arterial y la diabetes fueron menos prevalentes. No obstante, todas estas patologías se encuentran infradiagnosticadas, ya que se registraron parámetros metabólicos y analíticos alterados, pronósticos de patologías físicas.
2. Respecto al seguimiento de la salud física por parte del equipo de atención primaria, cabe señalar que los parámetros analíticos y la evaluación de las medidas antropométricas no se realizaron con la frecuencia adecuada en la totalidad de la muestra, aunque el seguimiento de tales factores de riesgo modificables es mayor que en la bibliografía consultada.
3. Después de evaluar el impacto de los Programas Clave de Atención Interdisciplinaria disponibles para el equipo de atención primaria, cabe señalar que el impacto en la salud física del seguimiento en pacientes con diabetes e hipertensión arterial no obtuvo asociaciones estadísticamente significativas. Aunque parece ser beneficioso, ya que los pacientes con diabetes o hipertensión arterial con un adecuado seguimiento tenían los parámetros metabólicos en rango. Por otro lado, el seguimiento en pacientes con obesidad y dislipemias es beneficioso, ya que la relación entre el seguimiento y los beneficios en salud sí resultó estadísticamente significativa. Es decir, los pacientes con un seguimiento adecuado de los programas de obesidad y dislipemias disminuyeron su índice de masa corporal y las cifras de colesterol en sangre.
4. Respecto al seguimiento de la salud física según los Consensos Españoles de Salud Física en Pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, cabe señalar que estos consensos tienen un impacto positivo en la salud física de los pacientes con trastorno mental grave. Es decir, desde el punto de vista clínico hubo relevancia, ya que desde la publicación de los consensos, los parámetros de salud son monitorizados en mayor medida. Aunque el seguimiento de la salud física conforme a los consensos no se realiza en la totalidad de la muestra de este estudio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R, Mohan V. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *Journal of Postgraduate Medicine*. 2011;57(4):272-7.
2. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review Clinical Psychology*. 2014;10:425-48.
3. Morden NE, Lai Z, Goodrich DE, et al. Eight-year trends of cardiometabolic morbidity and mortality in patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*. 2012;34:368–79.
4. Viron M, Baggett T, Hill M, Freudenreich O. Schizophrenia for primary care providers: how to contribute to the care of a vulnerable patient population. *The American Journal of Medicine*. 2012;125(3):223-30.
5. Daumit G, Dickerson F, Wang N, Dalcin A, Jerome G, Anderson C, et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *The New England Journal of Medicine*. 2013;368(17):1594–602.
6. Viron M, Stern TA. The impact of serious mental illness on health and health care. *Psychosomatics*. 2010;51(6):458-65.
7. Holt RIG. Diagnosis, epidemiology and pathogenesis of diabetes mellitus: an update for psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(suppl47):s55-s63.
8. Lambert TJ, Newcomer JW. Are the cardiometabolic complications of schizophrenia still neglected? Barriers to care. *Medical Journal of Australia*. 2009;190(4 Suppl):S39-42.
9. Morden NE, Lai Z, Goodrich DE, MacKenzie T, McCarthy JF, Austin K et al. Eight-year trends of cardiometabolic morbidity and mortality in patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*. 2012;34(4):368-79.
10. Dinan T, Thakore J, Citrome L, Gough S, Haddad P, Holt R et al. Metabolic and lifestyle issues and severe mental illness new connections to well-being? Expert Consensus Meeting, Dublin, 14-15 April 2005. Consensus summary. *Journal of Psychopharmacology*. 2005;19(suppl6):118-22.
11. Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obesity reviews*. 2012;13(12):1148-71.
12. Smith S, Yeomans D, Bushe CJP, Eriksson C, Harrison T, Holmes R et al. A well-being programme in severe mental illness. Reducing risk for physical ill-health: a

- post-programme service evaluation at 2 years. *European Psychiatry*. 2007;22:413-18.
13. White J, Gray RJ, Swift L, Barton GR, Jones M. The serious mental illness health improvement profile [HIP]: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2011;167(12):1-11.
 14. Eriksson KM, Westborg CJ, Eliasson MCE. A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare modification of cardiovascular risk factors The Björnäs study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(5):453-61.
 15. Fahey T, Schroeder H, Ebrahim S. Educational and organizational interventions use improve the management of Hypertension in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2005;55(520):875-82.
 16. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey Tom. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2010;60(581):e476-e88.
 17. Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care. *Canadian Family Physician*. 2008;54(1):1706-13.
 18. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being?. *Journal of psychopharmacology*. 2005;19(suppl6):102-9.
 19. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM *et al*. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
 20. Saiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García Portilla MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2008;36(5):251-64.
 21. Bobes J, Saiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud física del paciente con Trastorno Bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2008;1(1):26-37.
 22. Saiz J, Saiz MD, Alegría AA, Mena E, Luque J, Bobes J. Impacto del consenso español sobre salud física del paciente con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010;3(4):119-27.
 23. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 2005; 12(suppl1): 74-7.
 24. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Servicios sociales e igualdad;c2006. [citado el 11 de Diciembre de 2006]. Disponible en: www.msssi.gob.es>sns>pdf>excelencia

25. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2012;25(2): 83–8.
26. World Health Organization. Report from de WHO European Ministerial Conference. [Internet]. Denmark: Who Regional Office for Europe;c2005. [Citado el 15 de enero de 2005]. Disponible en: [www.euro.who.int>assets>pdf_file](http://www.euro.who.int/assets/pdf_file)
27. Bhugra D. The global prevalence of shizophrenia. *Public Library of Science Medicine*. 2006;2(5):372-3.
28. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1998;50:143-51.
29. Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P, Doody GA, Fearon P, Lappin J *et al*. Mortality in Schizophrenia and Other Psychoses: A 10-Year Follow-up of the ÆSOP First-Episode Cohort. *Schizophrenia Bulletin*. 2015;41(3):664-73.
30. Beary M, Hodgson R, Wildgust HJ. A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in firstepisode schizophrenia: clinical and research implications. *Journal of Psychopharmacology*. 2012;26(suppl5):52–61.
31. Walker ER, McGee RE, Druss B. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-41.
32. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2014. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2014 [citado el 22 de abril de 2014]. Disponible en: www.ine.es/prensa/np963.pdf.
33. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2008. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2008 [citado el 02 de Marzo de 2010]. Disponible en: [www.ine.es>prensa](http://www.ine.es/prensa)
34. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2010. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2010 [citado el 20 de Marzo de 2012]. Disponible en: [www.ine.es>prensa](http://www.ine.es/prensa)
35. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2011. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2011 [citado el 27 de Febrero de 2013]. Disponible en: [www.ine.es>prensa](http://www.ine.es/prensa)
36. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2012. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2012 [citado el 31 de Enero de 2014]. Disponible en: [www.ine.es>prensa](http://www.ine.es/prensa)
37. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2013. [Base de datos en internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2013 [citado el 27 de Febrero de 2015]. Disponible en: [www.ine.es>prensa](http://www.ine.es/prensa)

38. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009; 8(1):1-2.
39. Leucht S. et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 116(5): 317-33.
40. Bonesroche K, Pérez K, Rodríguez M, Borrel C, Obiols J. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud en España. *Psicotherma*. 2010;3(22):3889-95.
41. Sprah L, Zvezdana M, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(2):1-17.
42. Leucht S, Burkard T, Henderson J *et al*. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(5):317-33.
43. Liang Y, Huang J, Tian J, Cao Y, Zhang G, Wang C *et al*. The prevalence and risk factors of stroke in patients with chronic schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1131-4.
44. Cunningham R, Sarfati D, Stanley J, Peterson D, Collings S. Cancer survival in the context of mental illness: a national cohort study. *General Hospital Psychiatry*. 2015;37(6):501-6.
45. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, *et al*. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10:52-77.
46. McIntyre RS, Soczynsk JK, Beyer JL, Woldeyphannes HO, Law CW, Miranda A *et al*. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20(4):406-16.
47. Santillana N, Cavieres A, Vega C. Ingesta de hidratos de carbono y ácidos grasos de la dieta en sujetos con esquizofrenia y trastorno bipolar, y su asociación con parámetros antropométricos. *Revista Médica de Chile*. 2016;144(9):1159-63.
48. Leucht S, Burkard T, Henderson J *et al*. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116:317-33.
49. Gabilongo A, Alonso-Moran E, Nuño-Solinis R, Orueta JF, Iruin A. Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017;93:102-9
50. Sugai T, Suzuki Y, Yamazaki M, Shimoda K, Mori T, Ozeki Y *et al*. High Prevalence of Obesity, Hypertension, Hyperlipidemia, and Diabetes Mellitus in Japanese

- Outpatients with Schizophrenia: A Nationwide Survey. *Public Library of Science One*. 2016;11(11):1-12.
51. Pérez-Piñar M, Mathur R, Foguet Q, Ayis S, Robson J, Ayerbe L. Cardiovascular risk factors among patients with schizophrenia, bipolar, depressive, anxiety, and personality disorders. *European Psychiatry*. 2016;35:8-15.
 52. Paños M, Patró E, Santiago AM, Marti M, Torralbas J, Escayola A *et al*. Factores de riesgo cardiocircular en usuarios con trastorno mental severo. *Enfermería Clínica*. 2016;27(1):275-81.
 53. Subashini R, Deepa M, Padmavati R, Thara R *et al*. Prevalence of diabetes, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-1054). *Journal of Postgraduate Medicine*. 2011;4(57):272-7.
 54. Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, García-García M, Rejas J. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizoaffective disorder treated with antipsychotics: results from the CLAMORS study. *European psychiatry*. 2012;27(4):267-74.
 55. Ferreira L, Belo A, Abreu-Lima C. A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe. *Revista Portuguesa de Cardiología*. 2010;29(10):1481-93.
 56. Bouza C, López T, Amate JM. Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. *BMC Public Health*. 2010;10(745):1-10.
 57. Correl CU, Druss BG, Lombardo I, O’Gorman C *et al*. Findings of a U.S national cardiometabolic screening program among 10084 psychiatric outpatients. *Psychiatric services*. 2010;9(61):892-8.
 58. Evans-Lacko SE, Zeber JE, González JM, Olvera RL *et al*. Medical comorbidity Among youth diagnosed with bipolar disorder in the united states. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;70(10):1461-6.
 59. García-Portilla MP, Saíz PA, Benabarre A, Sierra P *et al*. The prevalence of metabolic síndrome in patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 2008;106(1-2):197-201.
 60. Chafetz L, White MC, Collins-Bride G, Nickens J. The poor general health of the severely Mentally III: Impact of Schizophrenic Diagnosis. *Community Mental Health Journey*. 2005;41(2):159-84
 61. Mc Evocycy JC, Meyer JM, Goff Donald C, Nasrallah HA *et al*. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the clinical antipsychotic trial of intervention effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and

- comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia research*. 2005;80(1):19-32.
62. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM *et al*. A comparison of ten years cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophrenia research*. 2005;80(1);45-53.
63. Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP, Goff DC *et al*. The clinical antipsychotic trial of intervention effectiveness (CATIE) Schizophrenia trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. *Schizophrenia Research*. 2005;80(1):9-18.
64. Malhotra N, Kulhara P, Chakrabarti S, Grover S. Lifestyle related factors & impact of metabolic syndrome on quality of life, level of functioning & self-esteem in patients with bipolar disorder & schizophrenia. *Indian Journal Medical Research*. 2016;143(4):434-42.
65. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIGG, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*. 2009; 24(6):412–24.
66. Wildgust HJ, Beary M. Are there modifiable risk factors which will reduce the excess mortality in schizophrenia? *Journal of Psychopharmacology*. 2010; 24(4 Suppl): 37-50.
67. World Health Organization. Global health risks. [Internet]. Geneva: WHO library cataloguing in publication data; c2009. [Citado el 18 de Diciembre de 2009]. Disponible en: www.who.int/global_burden_disease.
68. World Health Organization. Global Health Observatory data repository [Base de datos en Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado el 20 de abril de 2012]. Disponible en <http://apps.who.int/ghodata/>
69. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM *et al*. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66:183-94.
70. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*. 2006;3(2):A42.
71. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of Psychopharmacology*. 2010;24(suppl 4):17–25.
72. Murray CJL, López AD. The global burden of disease and injury series, volumen 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and

- risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press;1996.
73. Black DW, Winokur G, Bell S, Nasrallah A, Hulbert J. Complicated Mania. Comorbidity and immediate outcome in the treatment of mania. *Archives of General Psychiatry*. 1988;45:232-6.
 74. Magliano L, Fadden G, Madianos M *et al*. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998;33:405-12.
 75. El coste social de los trastornos de salud en España. Libro Blanco Estudio Socioeconómico. Madrid: Smithkline Beecham Pharmaceuticals,1998.
 76. Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *Journal of Psychiatry Research*. 2013;47(2):197–207.
 77. Janney CA, Ganguli R, Richardson CR, Holleman RG, Tang G, Cauley JA, *et al*. Sedentary behavior and psychiatric symptoms in overweight and obese adults with schizophrenia and schizoaffective disorders (WAIST Study). *Schizophrenia Research*. 2013;145(1-3):63–8.
 78. Muñoz-Calero P, Sánchez B, Rodríguez N, Pinilla B, Bravo S, Fernando J *et al*. Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;32(6):2715-7.
 79. Aranco C, Bobes J, Kirkpatrick B, García M, Rejas J. Psychopathology, coronary heart disease and metabolic syndrome in schizophrenia spectrum patients with deficit versus non-deficit schizophrenia: finding for the CLAMORS study. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21(12):867-75.
 80. Swinburn, B. A. *et al*. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011; 378(9793):804–14.
 81. Pires F, Bowden J, Loret C, Tovo-Rodrigues L, Davey G, Lessa B. Body mass index and psychiatric disorders: a Mendelian randomization study. *Scientific Reports*. 2016;6:1-11.
 82. Homel P, Casey D, Allison DB. Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. *Schizophrenia Research*. 2002;55(3):277–84.
 83. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2016;171:103-9.
 84. Janney CA, Fagiolini A., Swartz H A, Jakicic, JM, Holleman RG, Richardson CR. Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and

- sedentary behavior using accelerometry .Journal of Affective Disorders.2014: 152(154):498–504.
85. Fraser, S.J., Chapman, J.J., Brown,W.J.,Whiteford, H.A., Burton, N.W. Physical activity attitudes and preferences among inpatient adults with mental illness. International Journal of Mental Health Nurssing. 2015;24(5);413–20.
 86. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Research.2016;171(1–3):103–9.
 87. Bushe C, Haddad P, Peveler R, Pendlevury J. The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. Journal of Psychopharmacology. 2005;19(6)suppl;28-35.
 88. Bobes J, Arango C, Garcia M, Rejas J. Healthy life habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. Schizophrenia Research. 2010;119:101-9.
 89. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM *et al.* A comparison of ten years cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. Schizophrenia Research. 2005;80(1);45-53.
 90. Musuuza JS, Sherman ME, Knudsen KJ, Sweeney HA, Tyler CV, Koroukian SM. Analyzing excess mortality from cancer among individuals with mental illness. Cancer. 2013;119(13):2469–76.
 91. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10(1):52–77.
 92. Holt R, Peveler R. Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. Diabetes Obesity and Metabolism. 2009;11(7):665-79.
 93. Maina G, Salvi V, Vitalucci A *et al.* Prevalence and correlates of overweight in drug-naive patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2008;110(1-2):149-55.
 94. Bressington D, Mui J, Ling M, Gray R, Cheung R, Tong W. Cardiometabolic health, prescribed antipsychotics and health-related quality of life in people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16(411):1-14.
 95. Vanina Y, Podolskaya A, Sedky K *et al.* Body weight changes associated with psychopharmacology. Psychiatric Services. 2002;53(7):842-7.

96. Smith M, Hokins D, Peveler R *et al.* First versus second generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008;192:406-11.
97. Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, García M, Rejas J. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from de CLAMORS study. *Schizophrenia Research*. 2008;104(1-3):1-12.
98. Meyer J.M. A retrospective comparison of weight, lipid, and glucose changes between risperidone- and olanzapine-treated inpatients: metabolic outcomes after 1 year. *Journal of Clinical Psychiatry*.2002;63:425-33.
99. Conley R, Shim, J.C, Kelly D.L., Feldman S, Yu Y, McMahon R.P. Cardiovascular disease in relation to weight in deceased persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2005; 46:460–7.
100. Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmena R, García M, Rejas G. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS study. *Schizophrenia Research*. 2007;90(1-3):162-73.
101. Tidemalm D, Waern M, Stefansson CG *et al.* Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2008;4:1-23.
102. McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL *et al.* Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry* 2007;20:406-16.
103. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(6):491-9.
104. Kisely S, Smith M, Lawrence D *et al.* Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *Journal of Psychiatry*. 2009;194:491-9.
105. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(6):491-9.
106. Morrato EH, Druss B, Hartung DM *et al.* Metabolic testing rates in 3 state Medicaid programs after FDA warnings and ADA/APA recommendations for second-generation antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry* 2010;67(1):17-24.
107. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC *et al.* Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophrenia Research*. 2006;86(1-3):15-22.

108. Nasrallah HA. An overview of common medical comorbidities in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2005;66(suppl.6):3-4.
109. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the diabetes Study. *Diabetologia*; 2011. [citado 11 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/di@betes/Diabetologia2011.pdf>
110. Guía de recomendaciones clínicas. Diabetes. Gobierno del principado de Asturias. 2013. [citado en febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
111. Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society for Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*. 2007; 25:1105-87.
112. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J *et al*. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Medicina Clínica (Barc)*. 2008;131(3):104-16.
113. Guía de recomendaciones clínicas. Hipertensión. Gobierno del principado de Asturias. 2013. [citado en octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
114. Guía de recomendaciones clínicas. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Gobierno del principado de Asturias. 2013. [citado en abril de 2013]. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
115. Guía de recomendaciones clínicas. Cáncer de mama. Gobierno del principado de Asturias. 2013. [citado en octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
116. Cooper SJ, Reynolds GP, Barnes TRE, England E, Haddad PM, Heald A et al. BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *Journal of Psychopharmacology*. 2016;30(8):717-48.
117. Vancampfort D, Correl CU, Galling B, Probst M, De Hert M, Ward PB et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry*. 2016;15(2):166-74.
118. Morden NE, Mistler LA, Weeks WB, Bartels SJ. Health Care for Patients with Serious Mental Illness: Family Medicine's Role. *Health Care With Mental Illness*. 2009;22(2):187-95.
119. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circulation*. 2002; 106(25): 3143-421.

120. Saiz J, Saiz MD, Alegría A, Mena E. Impacto del consenso español sobre salud física del paciente con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría: Salud Mental (Barc)*. 2010;3(4):119-27.
121. Bobes J, Alegría AA, Saíz MD, Barber I et al. Change in psychiatrics, attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the consensus on physical health in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2011;26(5):305-12.
122. Consenso Delphi sobre la relevancia del manejo de la comorbilidad en el tratamiento de la comorbilidad del paciente con esquizofrenia. Sociedad española de psiquiatría y psiquiatría biológica. 2012. Disponible en: www.uniovi.es/articulos
123. Bobes J, Saiz J, Bernardo M, Caballero F. Consenso Delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y psiquiatría biológica. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2012;40:114-28.
124. García-Portilla MP, Bobes J. Smoking cessation programs for persons with schizophrenia: An urgent unmet need. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2016;9(4):181-4.
125. Barth J, Bengel J. Smoking cessation in patients with coronary heart disease: risk reduction and a evaluation of the efficacy of interventions. A systematic review of the literature. *American Psychology Association*. 2007:83-105.
126. Evins AE, Cather C. Effective cessation strategies for smokers with schizophrenia. *International Review of Neurobiology*. 2015;124:133-47.
127. Roberts E, Eden Evins A, McNeill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. 2016;111(4):599-612.
128. Wing R, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(15):1563-71.
129. Menza M, Vreeland B, Minsky S, Gara M. Managing Atypical Antipsychotic-Associated Weight Gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *Clinical Psychiatry*. 2004;65:471-7.
130. Soundy A, Muhamed A, Stubbs B, Probst M, Vancampfort D. The benefits of walking for individuals with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *International Journal of Therapy Rehabilitation*. 2014;21(9):410–20.
131. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, G DS. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. (Review), (1). 2013.

132. I Graham. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Atherosclerosis*. 2007;194(1):1-45.
133. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*. 1996;156(7):745-52.
134. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J. A metanalysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*. 1999;18(5):506-19.
135. De Hert M, Van Winkel R, Silic A, Eyck van E et al. Physical health management in psychiatrics settings. *European Psichyaty*. 2010;25(suppl 2):(S22-8).
136. Chaudhry IB, Jordan J, Cousin FR, Cavallaro R. Management of physical health in patients with schizophrenia: international insights. *European Psychiatry*. 2010;25(suppl 2):S37-40.
137. A. Bobes J, García MP, Bascarán MT, Sainz PA, Bousoño M. Banco de Instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª ed. Ars Medica. 2002.
138. Ashton M, Rigby A, Galletly C. Do population-wide tobacco control approaches help smokers with mental illness?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(2):121-3.

8. ANEXOS

8.1 Anexo I. Aprobación del Comité Ético Regional



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Oviedo, 20 de Abril de 2012

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto (FIS) nº 48/12, titulado: "COMORBILIDAD FÍSICA EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: DISEÑO, INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENFERMERÍA PARA LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DEL PACIENTE". Investigador Principal Dra. Paula Zurrón Madera, del Centro de Salud Mental de la Corredoria

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.



Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
COMITE ETICO DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA REGIONAL DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS

8.2 Anexo II. Aprobación de la Comisión de Investigación del HUCA

Reunida la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias y tras la evaluación del proyecto titulado: **"Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa de enfermería para la mejora del estado de salud general del paciente."**, cuyo investigador principal es Paula Zurrón Madera, considera que su ejecución es de interés para nuestro Centro.

La composición del equipo investigador asegura su viabilidad. El tema elegido tiene un especial interés para nuestra Comunidad Autónoma.



Oviedo, 18 de abril de 2012
Fdo.: Dr. Carlos López Larrea
Por la Comisión de Investigación
del Hospital Universitario Central de Asturias.

8.3 Anexo III. Aprobación de la Subdirección de Enfermería

	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	ÁREA SANITARIA IV	Área Sanitaria IV
		GERENCIA	

Oviedo, 16 de enero de 2013

GERENCIA DEL ÁREA
SANITARIA IV (Oviedo)

D^a Paula Zurrón Madera
Enfermera CAI Corredoria
Oviedo

MHH/ea

Asunto: Autorización proyecto

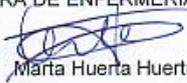
Por la presente se autoriza al Equipo de Investigación del Proyecto "Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa para la mejora del estado de salud general del paciente", integrado por:

- *Investigadora principal:* Paula Zurrón Madera.
- *Co-investigadores:* José Eloy García García, Raquel Junquera Fernández, M^a Luisa Prieto Cedrón, Juan Carlos Illescas Escobar, Almudena Pousada González,

para el acceso a las historias clínicas a través de OMI-AP de los pacientes incluidos en dicho proyecto de investigación, entendiéndose que este equipo de investigadores respetarán en todo momento la confidencialidad en base a la Ley de Protección de Datos.

Dicho proyecto de investigación se realizará entre los años 2013 – 2015.

LA SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA

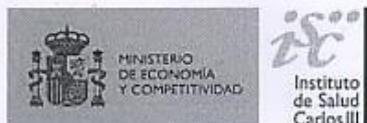


María Huerta Huerta

SERVICIO DE SALUD DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
Atención Primaria AREA IV
Reg. Salida: 328
Fecha: 16/01/2013
Hora: 13:09:55

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C/ Palmira Villa, 1/aº - 35011 Oviedo-Asturias
Tel: 985118246 - Fax: 985118249
E-mail: gerencia.areaspa.principal.es

8.4 Anexo IV. Permiso del Centro de Salud Mental de la Corredoria



A/A de la responsable del CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CORREDORIA, SESPA. Área IV.

Dra. M^a Paz García-Portilla González.

Asunto: Información sobre un proyecto de investigación de financiación pública en desarrollo.

Título: Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa para la mejora del estado de salud general del paciente.

Entidad financiadora: Instituto de Salud Carlos III (FIS) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Referencia: P112/00882.

Investigadora Principal: Paula Zurrón Madera.

Co-investigadores: José Eloy García García; Raquel Junquera Fernández; M^a Luisa Prieto Cedrón; Almudena Pousada González.

Duración: 2013-15.

Financiación: 47.795 €.

Resumen del proyecto:

Las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, muestran tasas excesivas de mortalidad atribuible a enfermedades físicas, siendo las cardiovasculares y endocrinometabólicas las más comunes. Estas patologías reducen su esperanza de vida entre 10-15 años respecto a la población general. El presente estudio aborda esta problemática en dos fases:

Fase I. Estudio descriptivo transversal cuyo objetivo es conocer el nivel de salud general de una muestra de pacientes con TMG a tratamiento ambulatorio en el área IV de los SS. de Salud Mental del SESPA, identificando de este modo los problemas de salud física y los factores de riesgo más prevalentes. Asimismo, se pretende evaluar el grado de cumplimiento de los consensos de las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y Psiquiatra Biológica (SEPB), desarrollados en colaboración con la de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), y la de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), sobre la salud física de los pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia, tanto por parte de AP como por S. Mental.

Fase II. Estudio longitudinal experimental pretest-postest de una serie de casos-control, en el que se medirá la eficacia de un programa de enfermería específicamente diseñado para intervenir sobre los factores de riesgo posiblemente implicados en el aumento de la morbimortalidad asociada a la patología mental grave. El programa de intervención se desarrollará a través de diferentes módulos teórico-prácticos para fomentar hábitos de vida saludables incidiendo en: la nutrición, el ejercicio físico, importancia de los fármacos, abuso de sustancias/tabaco, y fomento de la autoestima.

Con dicho programa de intervención no sólo se espera mejorar la salud física general de estas personas, sino mejorar su estado de salud mental y su nivel de calidad de vida. El programa de intervención contempla además reforzar la coordinación entre niveles asistenciales y generar autonomía en las personas, para que sean capaces de gestionar y/o mantener el contacto con los servicios de salud.

SE SOLICITA a la responsable del CAI de la Corredoria disponga lo necesario para colaborar con el desarrollo del mencionado estudio en lo relativo al acceso a los datos de los pacientes, uso de instalaciones y utilización de recursos imprescindibles para tal fin.

ANEXO. Acuerdo del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y consideración de especial interés por parte de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.

Oviedo, 28 de enero de 2013.

Fdo.: Dña. M^a Paz García-Portilla González.

Fdo.: Dña. Paula Zurrón Madera.

8.5 Anexo V. Permiso del Centro de Salud Mental de la Ería



A/A de la responsable del CENTRO DE S. MENTAL DE LA ERÍA. SESPA. Área IV.
Dra. Inmaculada Serrano Quintana.

Asunto: Información sobre un proyecto de investigación de financiación pública en desarrollo.

Título: Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa para la mejora del estado de salud general del paciente.

Entidad financiadora: Instituto de Salud Carlos III (FIS) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

Referencia: PI12/00882.

Investigadora Principal: Paula Zurrón Madera.

Co-investigadores: José Eloy García García; Raquel Junquera Fernández; M^a Luisa Prieto Cedrón; Almudena Pousada González.

Duración: 2013-15.

Financiación: 47.795 €.

Resumen del proyecto:

Las personas con trastornos mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, muestran tasas excesivas de mortalidad atribuible a enfermedades físicas, siendo las cardiovasculares y endocrinometabólicas las más comunes. Estas patologías reducen su esperanza de vida entre 10-15 años respecto a la población general. El presente estudio aborda esta problemática en dos fases:

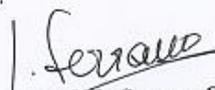
Fase I. Estudio descriptivo transversal cuyo objetivo es conocer el nivel de salud general de una muestra de pacientes con TMG a tratamiento ambulatorio en el área IV de los SS. de Salud Mental del SESPA, identificando de este modo los problemas de salud física y los factores de riesgo más prevalentes. Asimismo, se pretende evaluar el grado de cumplimiento de los consensos de las Sociedades Españolas de Psiquiatría (SEP) y Psiquiatra Biológica (SEPB), desarrollados en colaboración con la de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), y la de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), sobre la salud física de los pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia, tanto por parte de AP como por S. Mental.

Fase II. Estudio longitudinal experimental pretest-postest de una serie de casos-control, en el que se medirá la eficacia de un programa de enfermería específicamente diseñado para intervenir sobre los factores de riesgo posiblemente implicados en el aumento de la morbimortalidad asociada a la patología mental grave. El programa de intervención se desarrollará a través de diferentes módulos teórico-prácticos para fomentar hábitos de vida saludables incidiendo en: la nutrición, el ejercicio físico, importancia de los fármacos, abuso de sustancias/tabaco, y fomento de la autoestima. Con dicho programa de intervención no sólo se espera mejorar la salud física general de estas personas, sino mejorar su estado de salud mental y su nivel de calidad de vida. El programa de intervención contempla además reforzar la coordinación entre niveles asistenciales y generar autonomía en las personas, para que sean capaces de gestionar y/o mantener el contacto con los servicios de salud.

SE SOLICITA a la responsable del CSM de la Ería disponga lo necesario para colaborar con el desarrollo del mencionado estudio en lo relativo al acceso a los datos de los pacientes, uso de instalaciones y utilización de recursos imprescindibles para tal fin.

ANEXO. Acuerdo del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y consideración de especial interés por parte de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Central de Asturias.

Oviedo, 29 de enero de 2013.


Fdo.: Dña. Dra. Inmaculada Serrano Quintana


Fdo.: Dña. Paula Zurrón Madera

8.6 Anexo VI. Hojas de registro de datos. Protocolo ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Valores
Edad	
Sexo	Hombre <input type="checkbox"/>
	Mujer <input type="checkbox"/>
Diagnóstico principal	Esquizofrenia <input type="checkbox"/>
	Trastorno bipolar <input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>
	Casado <input type="checkbox"/>
	Divorciado <input type="checkbox"/>
	Separado <input type="checkbox"/>
	Pareja de hecho <input type="checkbox"/>
	Viudo <input type="checkbox"/>
Nivel de estudios	Primaria básica <input type="checkbox"/>
	Secundaria- BUPFP1 <input type="checkbox"/>
	Universitarios <input type="checkbox"/>
	Bachiller-FPCOU <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="text"/>
Situación laboral	Incapacidad permanente por enfermedad mental <input type="checkbox"/>
	Incapacidad permanente por otras causas <input type="checkbox"/>
	Estudiante <input type="checkbox"/>
	Jubilado <input type="checkbox"/>
	Trabajador en activo <input type="checkbox"/>
	Paro <input type="checkbox"/>
	Labores de hogar <input type="checkbox"/>
Hábito tabáquico	Edad de Inicio <input type="checkbox"/>
	Años fumando <input type="checkbox"/>
	Consumo de cigarrillos/día <input type="checkbox"/>
Dependencia del hábito tabáquico	Test de Fragerström. Puntuación <input type="checkbox"/>
	Test de Glover-Nilson. Puntuación <input type="checkbox"/>
Parámetros analíticos	Glucemia basal <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Prolactina <input type="checkbox"/>
	Colesterol total <input type="checkbox"/> Colesterol LDL <input type="checkbox"/> Colesterol HDL <input type="checkbox"/>
Medidas antropométricas	Peso <input type="checkbox"/> Perímetro abdominal <input type="checkbox"/>
	Índice de masa corporal <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico <input type="checkbox"/>
Patología física	Diabetes I <input type="checkbox"/>
	Diabetes II <input type="checkbox"/>
	EPOC <input type="checkbox"/>
	Intolerancia a la glucosa <input type="checkbox"/>
	VHB <input type="checkbox"/>
	VHC <input type="checkbox"/>
	VIH <input type="checkbox"/>
Otros (especificar) <input type="text"/>	

8.7 Anexo VII. Hoja de registro de datos: Programas Clave de Atención Interdisciplinar

- Hoja de registro de datos: datos clínicos

Enfermedades Infecciosas						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Inclusión en protocolo	
VHB	si	no	no	si	no	si
VHC	si	no	no	si	no	si
VIH	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Otros	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Neoplasias						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Sistema endocrinometabólico						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Diabetes I	si	no	no	si	no	si
Diabetes II	si	no	no	si	no	si
Intolerancia a la glucosa	si	no	no	si	no	si
Síndrome metabólico	si	no	no	si	no	si
Hipertrigliceridemia	si	no	no	si	no	si
Hipercolesterolemia	si	no	no	si	no	si
Dislipemia mixta	si	no	no	si	no	si
Obesidad	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Sistema nervioso						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Ictus	si	no	no	si	no	si
Epilepsia	si	no	no	si	no	si
Cefalea	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Sistema cardiocirculatorio						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
HTA	si	no	no	si	no	si
IC (especificar)	si	no	no	si	no	si
Arritmias (especificar)	si	no	no	si	no	si
IAM	si	no	no	si	no	si
Angina	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Sistema respiratorio						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Asma	si	no	no	si	no	si
EPOC	si	no	no	si	no	si
Otros.....	si	no	no	si	no	si
Sistema digestivo						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Sistema urogenital						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Sistema renal						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Insuficiencia renal	si	no	no	si	no	si
Microalbuminuria	si	no	no	si	no	si
Proteinuria	si	no	no	si	no	si
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Sistema osteoarticular						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Especificar.....	si	no	no	si	no	si
Otros						
Diagnóstico	Episodio resuelto		Episodio protocolizado		Protocolo realizado	
Especificar.....	si	no	no	si	no	si

- Hoja de registro de datos: parámetros analíticos y metabólicos

Parámetro	Frecuencia (en el último año)					Valor
	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	Bienal	
Bioquímica						
Glucemia						mg/dl
Colesterol total						mg/dl
Colesterol LDL						mg/dl
Colesterol HDL						mg/dl
Triglicéridos						mg/dl
Albúmina						g/l
Creatinina						mg/dl
Urea						mg/dl
Ácido úrico						mg/dl
Hemograma						
Hemoglobina						g/dl
Hematocrito						%
H.Glicosilada						%
Coagulación						
Plaquetas						X10 ³ /mm ³
Peso						
TA						
IMC						
P.Abdominal						
ECG						Normal/Anormal
SCORE						%

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con diabetes							
Intolerancia oral a la glucosa					si	no	
Consejo Act.física	si	no	Consejo dietético		si	no	
Glucemia basal alterada					si	no	
Consejo Act.física	si	no	Consejo dietético		si	no	
Diabetes					si	no	
Diabetes/control de los factores de riesgo (anual)							
Fumador		Exfumador		No registrado			
Consejo antitabaco					si	no	
Dislipemia	NR	si	no	Perfil lipídico anual		si	no
Diabetes/factores de riesgo presentes							
LDL-colesterol ↑	NR	si	no	Triglicéridos elevados	NR	si	no
Dislipemia					NR	si	no
Control de HbA1c (valores en rango 6,5-7%)					si	no	
Valores en rango		si	no	Control semestral		si	no
Valores fuera del rango		si	no	Control trimestral		si	no
Diabetes tipo 1					si	no	
Tto farmacológico					si	no	
Autocontrol glucémico					si	no	
Diabetes tipo 2					si	no	
Tratamiento farmacológico					si	no	
Control glucémico trimestral					si	no	
Revisión del pie diabético					si	no	
Paciente de bajo riesgo	NR	si	no	Control anual		si	no
Riesgo moderado	NR	si	no	Control cada 3-6 meses		si	no
Paciente de riesgo alto	NR	si	no	Control cada 1-2 meses		si	no
Al menos una revisión de pie diabético en el último año					si	no	
Prevención y cribado de retinopatía diabética					si	no	
Diabetes tipo 1		si	no	Revisión anual si 5años de Dx		si	no
Diabetes tipo 2					si	no	
Con retinopatía	NR	si	no	Revisión anual		si	no
Sin retinopatía	NR	si	no	Revisión bianual		si	no
Cribado para prevención de patología renal							
Diabetes tipo 2		si	no	Creatinina/albúmina anual		si	no
Diabetes 1 (>5a de Dx)		si	no	Creatinina/albúmina anual		si	no
No afectación renal	NR	si	no	Control anual del parámetro		si	no
Afectación renal	NR	si	no	Control semestral		si	no
Prevención de la nefropatía diabética							
Control TA		si	no	Control glucémico		si	no
TA en rango (TAS:130/TAD:80)					si	no	

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con hipertensión arterial

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con Hipertensión						
Anamnesis completa (registro de datos)						
Antecedente familiar	si	no	Antecedentes personales	si	no	
Alcohol, tabaco, otros	si	no	IMC, P.abdominal	si	no	
ECG	si	no	Estudio básico de sangre	si	no	
FsR asociados	NR	si	no	Índice tobillo/brazo	si	no
Paciente diabético	si	no	Fondo de ojo	si	no	
Hipertensión grave	si	no	Fondo de ojo	si	no	
Mal pronóstico ³	si	no	Derivación especialista	si	no	
SCORE	si	no				
Recomendación modificación estilo de vida						
Consejo Ej.físico	si	no	Consejo dietético	si	no	
Fumador	Exfumador		No registrado			
Consejo antitabaco				si	no	
Consumo alcohol	si	no	Consejo reducción	si	no	
Control y seguimiento de la HTA				si	no	
Tto reciente	si	no	C/mensual hasta rango normal	si	no	
Cifras en rango normal	si	no	C/ c/3-6meses	si	no	
Estado óptimo de HTA						
Hipertenso en general	si	no	TA <140/90	si	no	
>65 años < de 70 años	si	no	TA<140/90	si	no	
>80 años	si	no	TA <150/90	si	no	
Diabético	si	no	TA cercana a 130/80	si	no	
Enf. Cardiovascular	si	no	TA cercana a 130/80	si	no	
Enf. Renal	si	no	TA cercana a 130/80	si	no	
Enf.Arterial periférica	si	no	TA cercana a 130/80	si	no	
Estado óptimo del paciente (beneficios del seguimiento)						
Si fumador			↓El consumo	No reducción		

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con EPOC

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con EPOC										
Seguimiento										
Espirometría anual	si	no	Evaluación multidimensional				si	no		
Tratamiento farmacológico						si	no			
Vacunación antigripal	si	no	Vacunación antineumocócica				si	no		
Pruebas de esfuerzo						si	no			
Registro consumo de tabaco realizado						si	no			
Fumador		Exfumador			No registrado					
Consejo antitabaco						si	no			
Control sintomatología según criterio de gravedad										
Leve/moderado/grave	si	no	Control anual				si	no		
Muy grave	si	no	Control bianual				si	no		
IMC	si	no	IMC elevado				si	no		
Control de parámetros según riesgo						si	no			
Leve/moderado/grave	FEV	FVC	SAT	BQ	Sangre		IMC			
Muy grave	FEV	FVC	SAT	HG	Urea	Gluc	IMC			
Criterios de derivación al especialista						NR	si	no		
Derivación al neumólogo						si	no			

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con obesidad

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en obesidad						
¿Algún registro de control en obesidad?					si	no
IMC elevado (>25) (registro de datos)				NR	si	no
Antecedentes familiares	si	no	Antecedentes personales	si	no	
Hábitos/estilo de vida	si	no	Exploración	si	no	
Seguimiento en consulta (al menos 3 en el año)						
Estilo de vida	si	no	Control peso	si	no	
C/lipídico anual	si	no				
Actividades educativas (información)				si	no	
Fumador	Exfumador		No registrado			
Consejo antitabaco				si	no	
Consejo dietético	si	no	Consejo Act.física	si	no	
Consumo de alcohol	NR	si	no	Consejo reducción	si	no
Estado óptimo del paciente (beneficios del seguimiento)				si	no	
Si sobrepeso u obesidad	↓IMC normal		↓Gradual	No reducción		
Si fumador			↓consumo	No reducción		

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en pacientes con dislipemias

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en Dislipemias						
¿Algún registro de control en dislipemias?					si	no
Hiperlipemia sin criterio de severidad				si	no	
Consejo ejercicio/dieta	si	no	Control del peso	si	no	
Perfil lipídico anual	si	no	Mejora parámetros	P*	T*	N*
Tratamiento oral	si	no				
Fumador	Exfumador		No registrado			
Consejo antitabaco				si	no	
Control Tensión arterial (al menos 1 vez al año)				si	no	
Hiperlipemia severa				si	no	
Consejo ejercicio/dieta	si	no	Control del peso	si	no	
Analíticas c/ bianual	si	no	Mejora parámetros	P	T	N
Tratamiento oral	si	no				
Fumador	Exfumador		No registrado			
Consejo antitabaco				si	no	
Control de tensión arterial (al menos dos veces al año)				si	no	
Valoración del Riesgo Score						
SCORE evaluado	si	no	Puntuación SCORE de riesgo	si	no	
Riesgo Score ≥5%				si	no	
Tratamiento oral	si	no				
Analítica c/ bienal	si	no	Mejoría de parámetros	P	T	N
Riesgo Score <5%				si	no	
Consejo estilo de vida	si	no				
Analíticas c/ bianual	si	no	Mejoría de parámetros	P	T	N

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el Screening de cáncer de mama

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el Screening de cáncer de mama						
Screening cáncer de mama						
Mujer entre 50-69 años	si	no	Mamografía bienal		si	no
Mujer de alto riesgo				NR	si	no
Consejo genético	si	no	Seguimiento específico		si	no
Mujer de riesgo moderado				NR	si	no
Seguimiento programa detección precoz					si	no
Mujer con tratamiento inicial				NR	si	no
Anamnesis					si	no
Examen físico					si	no
Analítica general					si	no
Mamografía anual					si	no
Mujer o hombre con síntomas de sospecha diagnóstica				NR	si	no
Derivación al servicio de radiodiagnóstico					si	no
Pruebas complementarias pertinentes					si	no
Cirugía por cáncer de mama radical					si	no
Revisiones el 1º año (trimestral)		0	3	6	9	12
Revisiones el 2º y 3º año (semestral)			18	24	30	36
Revisiones posteriores					Anual	
Cirugía conservadora					si	no
Mamografía semestral el primer año					0	6

- Hoja de registro de datos: Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el Screening de Cáncer de Cérvix

Programa Clave de Atención Interdisciplinar en el Screening de Cancer de Cérvix						
¿Algún registro de cáncer de cérvix?					si	no
Mujer >o < de 25 años					si	no NR
1ª Citología (-)	si	no	Citología al año		si	no
1ª Citología (+)	si	no	Protocolo citología anormal		si	no
2ª Citología (-)	si	no	Citología trienal hasta 65 años		si	no
2ª Citología (+)	si	no	Protocolo citología anormal		si	no
Mujer > 35 años con Hª de cribado inadecuado				si	no	NR
Test de papanicolau y ADN-VPH (realizado)					si	no
> de 65 años	si	no	Citología (-)ADN-VPH (-)		si	no
< de 65 años	si	no	Citología (-), ADN-VPH (-)		si	no
Cribado trienal					si	no
Citología (-), ADN-VPH (- o +), protocolo de citología anormal					si	no
Citología (-), ADN-VPH (+)					si	no
Citología	6	12	ADN-VPH			12

8.8 Anexo VIII. Hojas de registro de datos. Consensos Españoles de Salud Física

- Hoja de registro de datos: Consenso Español de Salud Física en el paciente con Esquizofrenia

Registros generales					
Registro historia clínica					
Antecedentes personales y familiares	no	si			
Hábitos tóxicos	no	si	Control de orina	no	si
Revisión del tratamiento anual	no	si			

Enfermedades infecciosas					
Diagnóstico y control					
Serología basal				si	no
VHB				si	no
VHC				si	no
VIH				si	no
HPV				si	no
FR sífilis	No	si	VDRL	si	no
Conductas de riesgo	No	si	Rev. periódicas	si	no
¿Presenta VHB, VHC, VPH O SÍFILIS?				si	no
Medidas terapéuticas					
Derivar al especialista				si	no
Evitar fármacos hepatotóxicos				si	no
Tener en cuenta posibles interacciones con medicación antirretroviral				si	no

Enfermedades neoplásicas					
Diagnóstico y control					
Registro en historia clínica					
Antecedentes familiares				si	no
Función y comportamientos sexuales			no	6	12
Hábitos alimentarios				si	no
Sedentarismo				si	no
IMC				si	no
Niveles de prolactina				si	no
Exploración física				si	no
Medidas terapéuticas					
Cáncer de pulmón, mama y ovario	No	si	Tratamiento con antipsicóticos que no produzcan hiperprolactinemia	si	no
Cáncer de colon y cérvix	No	si	Antipsicóticos que no aumenten el peso	si	no

Enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares					
Diagnóstico y control					
Medidas antropométricas y constantes vitales					
Peso	no		6	12	
Incremento peso > 5%	No	si	Se repitió medida	SI	NO
			Se repitió bioquímica	SI	NO
Altura	no		6	12	
IMC	no		6	12	
P. Abdominal	no		6	12	
TA	no		6	12	
FC	no		6	12	
ECG				si	no
¿Factores de riesgo cardiovascular?	no	si	Seguimiento de ECG	si	no
Control analítico					
Hematimetría				si	no
Bioquímica de sangre					
Perfil lipídico completo				no	12
Glucemia				no	12
> 125mg/dl	no	si	¿Se repitió medida en la siguiente visita?	si	no
Creatinina				no	12
Función Hepática				no	12
¿Hubo cambio de tratamiento?	no	si	¿Se repitió bioquímica?	si	no
Prolactina				no	12
TSH				no	12
Medidas Terapéuticas					
Derivar al especialista si es preciso				si	no

Enfermedades neurológicas									
Diagnóstico y control									
ATPs de primera generación	X	Valoración clínica de los síntomas extrapiramidales y de la discinesia tardía			no	3	6	9	12
ATPs de segunda generación	X	Valoración clínica de los síntomas extrapiramidales y de la discinesia tardía			no	6		12	
Prevención									
¿Sujeto de riesgo?	no	si	¿ATPs atípicos?	si	no				
Medidas terapéuticas									
Acatisia	no	si	Tratamiento con Benzodiazepinas	si	no				
Parkinsonismo	no	si	Tratamiento con Anticolinérgicos	si	no				

Enfermedades respiratorias					
Diagnóstico y control					
Auscultación				si	no
Síndrome de apnea del sueño	No	si	Valorar del grado de somnolencia diurna mediante cuestionario	si	no
			Realizar historia clínica específica	si	no
Medidas Terapéuticas					
Descompensación respiratoria	No	si	Ajustar los sedantes	si	no
			Ajustar las benzodiacepinas	si	no

Otros aspectos del consenso					
Otros registros de salud física					
Tratamiento con clozapina	no	si	Control de la agranulocitosis	si	no
Registro de cambios en la Visión				si	no
Registro del estado Dental				si	no

- Hoja de registro de datos: Consenso Español de Salud Física en el Paciente con Trastorno Bipolar

Enfermedades infecciosas					
Diagnóstico y control					
Serología basal				si	no
VHB				si	no
VHC				si	no
VIH				si	no
FR sífilis	No	si	VDRL	si	no
Conductas de riesgo	No	si	Rev. periódicas	si	no
¿Presenta VHB, VHC, HPV o SÍFILIS?				si	no
Medidas terapéuticas					
Derivar al especialista				si	no

Enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares					
Diagnóstico y control					
Medidas antropométricas y constantes vitales					
Peso	no		6	12	
¿Se realiza una medición en cada visita?				si	no
Incremento peso > 5%	no	si	Se repitió medida	si	no
			Se repitió bioquímica	si	no
Altura	no		6	12	
IMC	no		6	12	
P. Abdominal	no		6	12	
TA	no		6	12	
FC	no		6	12	
ECG				si	no
¿Factores de riesgo cardiovascular?	no	si	Seguimiento de ECG	si	no
Control analítico					
Bioquímica de sangre					
Perfil lipídico completo				no	si
Glucemia				no	si
Ionograma				no	si
Creatinina				no	si
¿Incremento del 5% del peso corporal en el último año?	no	si	¿Se repitió la bioquímica?	no	si
¿Padece trastornos menstruales, disfunción sexual o se trata de población pediátrica?	no	si	¿Se realizaron mediciones de prolactina?	si	no
			¿Se realizaron mediciones de TSH?	si	no
¿Tiene pautado litio?	no	si	¿Se realizaron medidas de TSH máximo a los 6 meses de iniciar el tratamiento con litio?	si	no
¿Tiene una glucemia entre 100 y 126 mg/dl?	no	si	¿Se repitió analítica?	si	no
¿Tiene una TSH superiores a 6 mU/l?	no	si	Se repitió analítica	si	no

¿ Tiene una prolactina > 20 ng/ml?	no	si	Se repitió analítica	si	no
El resto de determinaciones, si están dentro de la normalidad (IMC < 25 kg/m2, c-HDL en varones ≥ 40mg/dl y en mujeres ≥ 50 mg/dl, triglicéridos ≤ 150 mg/dl, glucemia < 100 mg/dl, TSH entre 0.3-6mU/l y prolactina < 20 ng/ml, se repetirán anualmente.					
Medidas terapéuticas					
¿ Tiene una TA ≥ 140/90 mmHg o menor de estas cifras en sujetos con diabetes o insuficiencia renal?	no	si	¿Se derivó a su MAP?	si	no
¿ Tiene síndrome metabólico?	no	si	¿Se midió cada parametro de SM?	Nunca	6 12
Incremento de 7% de peso	no	si	¿Se midió cada parametro de SM?	Nunca	6 12
Hiperprolactinemia no sea de causa farmacológica, tenga repercusión clínica o prolactina>200ng/ml	no	si	¿Se derivó al especialista?	si	no
TSH elevada	no	si	¿Se derivó al su especialista?	si	no
Colesterol total >250mg/dl, TGC>200mg/dl, SM o diabetes (g>126mg/dl)	no	si	¿Se derivó a MAP?	si	no
Ganacia de >7% de peso	no	si	¿Se cambió de tratamiento?	si	no
			¿Se derivó a MAP?	si	no

Manejo de adicciones					
Diagnóstico y control					
Está registrada información acerca del uso de sustancias			Nunca	1 vez	En cada visita
Hábito tabáquico	no	si	¿Se registra tiempo de evolución, cantidad y edad de inicio?		si no
			¿Se recoge el estado anímico para abandono en cada visita?		si no
Consumo alcohol	no	si	¿Se recoge frecuencia y cantidad?		si no
			¿Se registra el consumo de alcohol en cada visita?		si no
Hemograma				no	si
VCM				no	si
Función Hepática				no	si

Medidas terapéuticas					
¿Padece de alcoholismo?	no	si	¿Tiene pautado valproato?	si	no
¿Presenta dependencia de alguna sustancia?	no	si	¿Se derivó a centros de atención especializada?	si	no

Prevención de la mortalidad por suicidio		
Diagnóstico y control		
Registro en historia clínica		
Antecedentes personales de intentos de suicidio	si	no
Antecedentes familiares de intentos de suicidio	si	no
Antecedentes personales de abuso de sustancias	si	no
Antecedentes familiares de abuso de sustancias	si	no
Medidas terapéuticas		
¿Se explora la ideación suicida en cada visita?	si	No

8.9 Anexo IX. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARA PACIENTES ADULTOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Título del estudio: **Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa de enfermería para la mejora del estado de salud general del paciente.**

Le invitamos a participar en un estudio de investigación financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad. Antes de decidir, es importante que entienda por qué se está llevando a cabo esta investigación, cómo se va a utilizar su información, lo que va a implicar el estudio, así como sus posibles riesgos y molestias. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y, si lo desea, comentarla.

Los objetivos de la investigación

Los objetivos del estudio son por un lado, recopilar información para averiguar el estado de salud general de nuestros pacientes y por otro poner en marcha un programa de hábitos de vida saludables, que le ayude a desarrollar nuevos hábitos de vida que le ayudarán a mejorar su salud general y así su autoestima.

¿En qué consiste el estudio?

Si Ud. decide participar, una vez que haya firmado su consentimiento informado, le haremos una historia clínica exhaustiva sobre su desarrollo personal, enfermedad actual, uso de sustancias, salud somática, nivel de funcionamiento y calidad de vida.

Asimismo, le realizaremos un chequeo básico de salud (tensión arterial, peso, altura, perímetro abdominal), y una extracción de sangre para determinar su hemograma, la glucemia, el colesterol, el perfil de funcionamiento hepático y renal, y de infección por la hepatitis, sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana.

Después, de forma aleatoria se formará un grupo para participar en el taller de hábitos de vida saludables, si usted es seleccionado y desea participar, se le volverán hacer las pruebas anteriormente mencionadas.

¿Tengo que participar?

- Su participación es voluntaria.
- Si desea participar debe saber que puede retirarse en el momento que lo desee del estudio y comunicárselo a su enfermera sin tener ninguna consecuencia desfavorable para usted y sin necesitar manifestar razón alguna para ello.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- Le aclaramos que no recibirá pago alguno por su participación.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos al participar?

Además de comportar un beneficio directo para usted, su participación en el estudio contribuirá a desarrollar una serie de estrategias que permitirán hacer frente a mucho de los problemas de salud.

Los riesgos que puede correr al participar son únicamente los derivados de la extracción de sangre para los análisis que hay que realizar.

¿Cómo se utilizarán mis datos personales?

De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, al firmar este documento Usted da consentimiento al personal del equipo para que obtengan y procesen sus datos recogidos en los cuestionarios y en las pruebas analíticas. En ningún caso figurará su nombre.

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARA PACIENTES ADULTOS

Sus datos recogidos podrán ser evaluados en el centro del estudio por las autoridades, el Comité de Investigación Clínica u otras entidades supervisoras. El propósito de estas evaluaciones es garantizar el desarrollo correcto del estudio y/o la calidad de los datos del mismo.

Es posible que se publiquen los resultados del estudio en la literatura científica médica, pero su identidad no se revelará.

¿Con quién debería contactar si necesito más información?

Cuando tenga preguntas acerca del estudio, por favor contacte con:

IP.: **Paula Zurrón Madera** N° teléfono: **985 28 78 14**

Dirección: **C/ Alfredo Blanco S/N 33011 Oviedo- La Corredoria**

Se le entregará copia de esta información y del consentimiento informado firmado y fechado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

Título del estudio: **Comorbilidad física en el trastorno mental grave: diseño, intervención y evaluación de un programa de enfermería para la mejora del estado de salud general del paciente.**

Yo, _____ (nombre y apellidos del paciente)

He leído la hoja de información que se me ha entregado;

He podido hacer preguntas sobre el estudio; y

He hablado con: _____ (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio

1) cuando quiera.

2) sin tener que dar explicaciones.

3) sin que esto repercuta en mis cuidados.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y Autorizo que mis datos del estudio sean procesados y revisados como se describe en el consentimiento.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del investigador:  _____ Fecha: _____