

Prevalencia del síndrome metabólico en esquizofrenia y trastorno bipolar. ¿Sería útil un protocolo de control cardiovascular?

¹María José Varela Estévez, ²María José Fernández Domínguez, ³María José López Cortiñas, ⁴María José Nieto Seoane, ⁵Elena Pereiro Sánchez, ⁶Carmen María Gándara Quintas

¹C.S. Valle-Inclán, Ourense

²PAC de Ourense

³C.S. TRIVES, Ourense

⁴PAC Maceda, Ourense

⁵C.S. Novoa-Santos, Ourense

⁶C.S. Valle-Inclán, Ourense

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 215-222

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) y sus componentes en pacientes con trastorno bipolar y/o esquizofrenia.

Material y métodos: *Diseño:* estudio observacional de prevalencia.

Ámbito: Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del CHOU.

Sujetos: Todos los pacientes ingresados con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo que cumplan criterios DSM-IV-TR entre el 1-12-2009 al 31-5-2010 (N=53).

Variables: edad, Sexo, convivencia, estado civil, nivel educativo, situación laboral, perímetro de cintura, TA, tabaquismo, actividad física, consumo de sustancias, diagnósticos psiquiátricos y concomitantes, ttos farmacológicos, dgto de SM (previo/actual) y analíticas.

Resultados: EL 52,84% son hombres y el 64,15% origen rural. La mediana de edad es 40,78 años (DT: 17,29). El 54,71% viven con la familia de origen y el 67,92% están solteros, el 45,28% tienen estudios obligatorios, el 28,84 % está en paro. El 50,94 % no realiza actividad física. El 51 % son fumadores activos y consumen alcohol 32,07%. Presentan dislipemia el 24,52% y 20,75% obesidad. El 28,30% tienen tratamiento con risperidona y el 26,41% con olanzapina; El 1,9% tenía previamente diagnóstico de SM y actualmente obtuvimos un 33,3% no estando diagnosticados el 94,11%. Al realizar una regresión logística y ajustar por diversas variables encontramos significación estadística con edad, y por cada año de incremento hay un aumento de 36% de riesgo de aparición de SM.

Conclusiones: El 33,3 % de los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen criterios de SM actualmente, con un importante aumento significativo de la incidencia en relación con la edad.

Palabras clave: Síndrome metabólico; factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares; enfermedades mentales.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedades mentales graves, como esquizofrenia o trastorno bipolar, presentan mayor morbilidad y una tasa de mortalidad 2-3 veces mayor que la población general^{1,2}, atribuible en un 60 % a enfermedades somáticas (enfermedad cerebrovascular (ECV) y síndrome metabólico). Respecto al Síndrome Metabólico (SM), las prevalencias son de dos a cuatro veces mayores que en el resto de la población³.

Factores asociados a estos pacientes como los hábitos de vida poco saludables (sedentarismo, mala alimentación, incumplimiento de los tratamientos, consumo de tabaco, alcohol, drogas...), los fármacos antipsicóticos⁴, así como un menor acceso a la atención sanitaria general, menor porcentaje de diagnósticos y sus consiguientes tratamientos explicarían parte de estas diferencias.

Los fármacos antipsicóticos y estabilizadores del humor son un factor a tener en cuenta; aumentan los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el peso de los pacientes⁴ por mecanismos aún no conocidos^{5,6} y se han relacionado con la aparición de arritmias cardíacas graves, como la torsade de pointes y muerte súbita.

El SM es una entidad que requiere para su aparición una predisposición endógena o genética asociada a factores ambientales. Se caracteriza por la presencia de insulino-resistencia e hiperinsulinismo compensador asociados a trastornos del metabolismo hidrocarbonado, hipertensión arterial (HTA), alteraciones lipídicas (hipertrigliceridemia, disminución de HDLc, presencia de LDLc tipo B, aumento de ácidos

Correspondencia

María José Fernández Domínguez.
PAC DE OURENSE
C/ Concejo s/n - Tfno.: 988 389 01
mariajose.fernandez.dominguez@sergas.es

grasos libres y lipemia postprandial) y obesidad, con aumento de la morbimortalidad de origen aterosclerótico⁷.

Los parámetros más extendidos para identificar el SM son los propuestos por el NECP ATP III (2001)⁸, actualizados con posterioridad por la American Heart Association (2005).

Entre los factores implicados en la aparición del SM estarían: obesidad central o abdominal, sedentarismo, dieta rica en grasas y carbohidratos, tabaquismo, hiperuricemia, hipercoagulabilidad y defectos de la fibrinólisis, hiperleptinemia o resistencia a la misma, homocisteína, leucocitosis, aumento de VSG, aumento de PAI-1 (inhibidor de activador de plasminógeno), hiperandrogenismo, hígado graso, cálculos biliares, osteoporosis, acantosis nigricans, SOP (síndrome de ovario poliquístico)⁷.

La prevalencia de SM variará según los criterios diagnósticos utilizados. En España oscila entre el 19.3 % (criterio OMS) y el 15.5 % (criterios EGIR)⁷ aumentando con la edad y la obesidad.

Otra diferencia importante es que en estos pacientes, este cuadro aparece más tempranamente, quizá por factores inherentes a estas enfermedades, así como a factores exógenos (higiéxico-dietéticos, mal cumplimiento de tratamientos), al infradiagnóstico y al escaso control de las patologías concomitantes.

Como vemos, estos pacientes están expuestos a mayores riesgos que implican secundariamente aumentos en la morbi-mortalidad. Todo ello hizo que nos planteáramos la necesidad de realizar un estudio de la situación clínica y manejo de los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar en nuestro medio, con el objeto de comprobar cuántos de ellos presentan elevado RCV, cuántos están infradiagnosticados y, por tanto, infratratados, y así poder modificar estos factores de morbi-mortalidad. Para ello, hemos querido elaborar un protocolo de detección y tratamiento del SM y FRCV en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del CHOU.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo de prevalencia.

ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Todos los pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Ourense con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo que cumplan con los criterios de DSM-IV-TR desde el 1-12-2009 al 31-5-2010.

Se han estudiado 62 pacientes, de los cuales sólo se han seleccionado 53 al no poder incluir a 9 de ellos por su negativa a no participar en el estudio o a firmar el consentimiento informado.

VARIABLES ANALIZADAS

Sociodemográficas: edad, sexo.

Clínicoasistenciales: tabaquismo, actividad física, tiempo ocupado en ver televisión, consumo de sustancias, antecedentes familiares, diagnóstico psiquiátrico, diagnósticos concomitantes, tratamientos de enfermedades concomitantes, tratamientos farmacológicos psiquiátricos, registro de codificaciones al alta de enfermedades somáticas, diagnóstico de SM (previo/actual), talla, peso, perímetro de cintura, IMC-índice de masa corporal, tensión arterial (media de la TA matutina de los cuatro primeros días), analíticas durante el ingreso (de la primera extracción en condiciones basales), y electrocardiograma.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa SPSS 15.0 para Windows.

- Análisis univariante: medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar - DE, estimación de medias con sus intervalos de confianza del 95% - IC del 95%) para variables cuantitativas y cálculo de proporciones para variables cualitativas.

- Análisis bivariante: para estudiar posibles asociaciones entre variables cualitativas se utilizaron la prueba paramétrica ji-cuadrado de Pearson y de t-Student-Fisher si la variable es cuantitativa continua con distribución normal. En caso de no seguir distribución normal o de tamaño muestral ≤ 30 se utilizó la prueba no paramétrica test U de Mann-Whitney.

- Análisis multivariante: para valorar la asociación entre las diferentes variables consideradas y la presencia de SM, y al ser ésta dicotómica, se utilizó una técnica de regresión logística binaria.

Los resultados se expresan en forma de Odds Ratio con su correspondiente IC95% y significación estadística.

Se consideró un valor estadísticamente significativo si el valor de $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Se solicitó el consentimiento informado a todos los pacientes del estudio.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los pacientes estudiados se reflejan en la tabla 1.

En relación a los antecedentes familiares, el 50% tienen antecedentes de diabetes mellitus y el 42% de hipertensión arterial. Las enfermedades concomitantes que padecen estos pacientes se reflejan en la figura 1. En los informes de alta las enfermedades concomitantes se reflejan en escaso porcentaje (figura 2). En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, el 67,92% padecen esquizofrenia y el 16,98% trastorno bipolar.

Los tratamientos psiquiátricos que reciben estos pacientes los dividimos en tres grupos: neurolepticos (el 28,30% con risperidona, el 26,41% con olanzapina), estabilizadores del ánimo (el 22,64% con clonacepam, el 16,98% con valproato) y antidepresivos (el 41,5% con benzodiazepinas).

Los valores analíticos y antropométricos de los pacientes se reflejan en la tabla 2.

Ningunos de los electrocardiogramas realizados presentó alteraciones. Existe gran discordancia entre el porcentaje de diagnósticos previos de SM y los actuales según nuestro estudio (figura 3). Hay un elevado porcentaje de pacientes no diagnosticados con anterioridad (figura 4). Si comparamos con los valores de referencia podemos establecer cuántos pacientes tienen un buen control (tabla 3).

De todos los pacientes con diagnóstico de SM, el 52,94% son esquizofrénicos. Dentro del grupo con trastorno bipolar, el 55,55% de ellos tienen diagnóstico de SM.

Al relacionar distintos factores demográficos (edad, sexo, adicciones, diagnósticos psiquiátricos y diferentes tratamientos psiquiátricos) con la aparición de SM, comprobamos que hay relación estadísticamente significativa entre la edad y la aparición de SM ($p=0,003$). No existe significación entre SM y el consumo de tabaco o alcohol, el diagnóstico psiquiátrico, ni con los tratamientos estudiados (tabla 4).

Realizamos una regresión logística múltiple considerando como variable dependiente la presencia o no de SM y ajustando por variables como sexo, edad, tratamiento con antidepresivos IRSS, con estabilizadores del ánimo (litio) y con fármacos antiepilépticos. Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 5.

Como observamos en la tabla encontramos asociación estadísticamente significativa de la presencia de SM con la variable edad, ya que por cada año que aumenta ésta hay un 36% de riesgo de aparición del mismo.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio pretendió no sólo conocer la incidencia del SM en tales pacientes sino hacer una reflexión sobre su situación sanitaria general, así como un planteamiento de protocolos de prevención y control que ayuden a mejorar su situación.

La mayor parte de los pacientes estudiados, tienen como diagnóstico esquizofrenia. El resto padecen en su mayor parte trastorno bipolar y, el grupo menos numeroso, trastorno esquizoafectivo. Algunos estudios comparan resultados entre ambos grupos⁹ y otros los estudian por separado¹⁰. Nosotros hemos intentado hacer las dos cosas en la medida de lo posible.

El porcentaje de hombres encontrado es algo mayor que de mujeres, dato que concuerda con la mayor parte de las publicaciones consultadas⁹, entre ellos el estudio Meteor¹⁰.

La edad media de nuestros pacientes es comparable a la de otros trabajos, como el Meteor¹⁰, siendo ligeramente más elevada en las mujeres.

La mitad de ellos no realiza ninguna actividad física y un porcentaje elevado dedica menos de 1 hora diaria a ver la televisión. Estos datos son acordes con lo encontrado en la literatura científica¹¹.

Según el estudio CATIE, la población general presentaba un porcentaje de fumadores del 35%¹², proporción menor que la nuestra ya que más de la mitad lo son. Si comparamos con la población general, estos pacientes tienen un riesgo relativo 2-3 veces superior¹³.

La tercera parte de los pacientes consumen alcohol (el triple que la población general). Este dato concuerda con los obtenidos en el estudio Epidemiological Catchment Area¹⁴. El cannabis está en segundo lugar.

La mitad de ellos tienen antecedentes familiares de diabetes, una proporción algo menor de HTA y de dislipemia, cifras algo superiores a las descritas en algunas investigaciones¹⁵.

Una cuarta parte estaban diagnosticados previamente de dislipemia, porcentaje mayor que en otros trabajos científicos¹⁰. Según los criterios de SM, más de la mitad de hombres y mujeres tienen niveles patológicos de HDL-colesterol y casi la cuarta parte de triglicéridos, resultados menores que en estudios como el CATIE o el NHANES¹². Sólo una décima parte estarían recibiendo tratamiento hipolipemiente.

Un pequeño porcentaje tienen diagnóstico previo de diabetes mellitus y casi en la mitad encontramos valores patológicos de glucosa. En la

literatura revisada hablan de cifras más altas^{16,17}. Se observa gran diferencia en los resultados del CATIE o NHANES¹², quizá explicada porque utilizan como criterio de inclusión valores más altos de glucemia. En el CATIE se habla de una prevalencia de diabetes en la población general de un 3%. En nuestro estudio los datos obtenidos revelan que existe un porcentaje mayor de alteraciones en el metabolismo de la glucosa que en la población general y sólo una mínima parte tienen tratamiento hipoglucemiante.

El perímetro de la cintura, rebasa en la mayoría los valores normales, siendo más acusado en las mujeres, sobre todo en el grupo bipolar⁹. En comparación con otros trabajos¹², nuestros valores son mayores en el grupo de los hombres y menores en el de las mujeres.

Un pequeño número de pacientes tenían previamente diagnóstico de HTA. En las mediciones durante el ingreso, aproximadamente una quinta parte presentaban mal control de la misma. En el trastorno bipolar este porcentaje era el doble. En los estudios revisados, los resultados eran por lo general peores en los dos grupos^{9,10,12}. Si comparamos con el CATIE, que presentan un porcentaje de hipertensión de 17% en la población general, encontramos una prevalencia mayor en nuestros pacientes¹². En cuanto al tratamiento hipotensor, sólo un pequeño porcentaje lo estarían recibiendo.

Observamos que una tercera parte de los pacientes cumplen criterios de diagnóstico de SM, porcentaje mucho mayor que los diagnosticados previamente. Estas cifras de prevalencia coinciden plenamente con los trabajos de investigación revisados^{3,10,12,18-20}.

Si comparamos nuestra prevalencia de SM con la estimada en la población general en España (19,3% según criterios OMS y 15,5% según criterios EGIR)⁷, vemos que es muy superior.

Es bien conocido el efecto que los fármacos antipsicóticos producen sobre la incidencia de diabetes y SM según consta en el estudio CATIE²¹ y en otros estudios²². Nosotros no hemos reflejado nuestros resultados hallados al respecto por no ser lo suficientemente significativos debido a nuestro tamaño muestral.

A pesar de lo descrito anteriormente, en los informes de alta sólo aparecen reflejados en un mínimo porcentaje los diagnósticos de enfermedades concomitantes y FRCV. Son pues, un grupo de población en el que el infradiagnóstico de tales patologías es la regla y, por ello, la política de prevención, que cada vez está más extendida en la población general está prácticamente ausente.

Aunque no existen demasiadas publicaciones sobre la eficacia de los cambios en el estilo de vida en pacientes psiquiátricos con SM y siendo conscientes de que puede resultar muy complicado llevarlos a cabo, parece razonable que éste sea el inicio de una estrategia de control, al igual que en la población general.

En cuanto a los tratamientos, se debería valorar la posibilidad de elegir análogos con menos efectos secundarios si el paciente desarrolla alteraciones metabólicas (aumento de peso, de tensión arterial, de glucemia o de lípidos).

Determinadas organizaciones, como ADA (American Diabetes Association), American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists^{23,24}, Asociación Psiquiátrica Europea (EPA), la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD), la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)²⁵, las sociedades españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica y el Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar²⁶ establecen distintos criterios de control para estos pacientes.

Nosotros propusimos un modelo de protocolo de control de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar que se puede llevar a cabo con todos los pacientes que ingresen en la Unidad de Agudos del CHOU (figura 5).

Como observamos, debería hacerse un control exhaustivo de los pacientes psiquiátricos, comparable a lo que se hace en la población general cuando existen factores de riesgo. Y sería aconsejable valorar en la elección del fármaco los riesgos metabólicos que suponen los mismos. También sería aconsejable dar información al paciente y familiares o cuidadores del riesgo de aumento de peso y alteraciones metabólicas que producen estos tratamientos, propiciando a la vez estilos de vida saludables.

En tercer lugar, se deberían instaurar tratamientos específicos para controlar los factores de riesgo cardiovascular (hipolipemiantes, hipotensores, antidiabéticos,...). Esto podría ser llevado a cabo por su médico de familia y/o especialistas correspondientes en equipo con su psiquiatra. Así podremos conseguir, en la medida de lo posible, no sólo una esperanza de vida mayor, sino una mejor calidad de vida.

Sería interesante la elaboración de más estudios de investigación en este campo con un mayor aumento del tiempo de seguimiento, valoración de programas de control y prevención de FRCV y ECV así como estudios de implementación de estilos de vida saludables en estos pacientes.

LIMITACIONES DEL DISEÑO UTILIZADO

El número de pacientes en algunos cálculos estadísticos resultó insuficiente para poder encontrar significación estadística al intentar hacer una valoración exhaustiva del efecto de los tratamientos prescritos. Sería recomendable llevar a cabo un estudio más amplio, con una muestra más grande y durante más tiempo.

No todos los pacientes tenían analíticas completas, por lo que no se pudieron incluir en el diagnóstico de SM al no disponer de estos datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faulkner G, Soundy AA, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 108:324-32.
2. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116:317-33.
3. De Hert M, van Winkel R, Van Eyck D. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication. *Schizophr Res* 2006; 83:87-93.
4. Newcomer, Sernyak. Identifying Metabolic Risks with Antipsychotics and Monitoring and Management Strategies. *J Clin Psychiatry* 2007 Jul; 68(7):e17.
5. Zimmermann U, Kraus T, Himmerich H, Schuld A, Pollmächer T. Epidemiology, implications and mechanisms underlying drug-induced weight gain in psychiatric patients. *J Psychiatr Res* 2003; 37:193-220.
6. Correll CU. Balancing efficacy and safety in the treatment with antipsychotics. *CNS Spectr* 2007; 12 Suppl 17:12-20.
7. Del Álamo Alonso. Síndrome Metabólico. Guías Clínicas Fistera (2008). <http://www.fistera.com/guias2/Smetabolico.asp>.
8. 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; 106:3143-3421.
9. De Hert, Schreurs, Vancampfort, van Winkel. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009 February; 8(1):15-22.
10. De Hert, Falissard, Mauri, Shaw, Wetterling. Estudio epidemiológico sobre la evaluación de los trastornos metabólicos de pacientes con esquizofrenia: el Estudio Meteor. *Neuropsychopharmacol* 2008;18(Suplemento 4):S444-S444.
11. De Hert, Dekker, Wood, Kahl et al. Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Enero-Marzo 2009, Vol 2, núm 1.
12. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005; 80: 19-32.
13. Newcomer, Hennekens. Severe mental illness and risk of Cardiovascular Disease. *JAMA* 2007; 298:1794-1796.
14. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
15. M De Hert, R van Winkel, D van Eyck, L Hanssens, et al. Prevalence of diabetes, Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study. *Clin Pract Salud Ment Epidemiol* 2006;2:14-14.
16. Hackman AL, Goldberg RW, Brown CH, et al. Use of emergency services for somatic reasons by people with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57:563-566.
17. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, et al. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000;283:506-511.
18. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:575-583.
19. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 753-760.
20. Srisurapanont M, Likhitsathian S, Boonyanaruthee V. Metabolic syndrome in Thai schizophrenic patients: a naturalistic one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2007; 23:7-14.
21. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. For the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353:1209-23.

22. Scheen AJ, De Hert MA, Hanssens L, et al. Abnormal glucose metabolism in patients treated with antipsychotics. *Diabetes Metab* 2007; 33: 169-75.
23. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists et al. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27:596-601.
24. Marder SR, Essock SM, Miller AL, et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1334-1349.
25. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur J Cardiovasc Prevent Rehabil* 2007; 14 Suppl 2:E1-40.
26. Bobes, Sáiz, Montes, Mostaza et al. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2008;01:26-37.

TABLAS

VARIABLE	%	MEDIANA(DT)
EDAD(AÑOS)		40,78 (DT 17,29)
SEXO		
HOMBRE	52,84	
MUJER	47,16	
HÁBITOS TÓXICOS:		
FUMADORES	51,00	
CONSUMO DE ALCOHOL	32,07	
CONSUMO DE CANNABIS	13,20	
CONSUMO DE COCAÍNA	9,43	
CONSUMO DE OPIÁCEOS	1,88	
CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS	3,77	
ACTIVIDAD FÍSICA		
NINGUNA	50,94	
ALGUNA	49,05	
TIEMPO DE TELEVISIÓN:		
MENOS DE UNA HORA DIARIA	40,38	
DE 1 A 3 HORAS	36,53	
DE 3 A 6 HORAS	23,07	
DT: desviación típica		

TABLA 1. Características sociodemográficas de los pacientes a estudio

	MEDIA	IC 95%
IMC	28,52	26,93-30,11
HOMBRES	28,70	26,53-30,88
MUJERES	28,31	25,81-30,81
PERÍMETRO DE CINTURA		
HOMBRES	99,87	93,55-106,20
MUJERES	92,28	86,23-98,32
TAS	119,70	115,75-123,66
HOMBRES	119,90	114,77 - 125,03
MUJERES	119,48	112,96 - 126,01
TAD	78,06	75,60 - 80,52
HOMBRES	77,71	74,56 - 80,86
MUJERES	78,45	74,36 - 82,55
COLESTEROL HDL	43,47	38,67-48,27
HOMBRES	38,94	32,03-45,85
MUJERES	48,00	41,38-54,62
TRIGLICERIDOS	123,59	101,39-145,79
HOMBRES	139,74	103,28-176,19
MUJERES	106,56	80,57-132,55
GLUCOSA	100,67	96,60-104,74
HOMBRES	96,41	91,34-101,47
MUJERES	105,46	99,13-111,79

TABLA 2. Valores analíticos y antropométricos de los pacientes

	BUEN CONTROL	MAL CONTROL
IMC	37,7 %	62,3 %
Perímetro cintura:		
Hombres	53,6 %	44,0 %
Mujeres	46,4 %	56,0 %
Triglicéridos	75,7 %	24,3 %
HDL Colesterol:		
Hombres	41,2 %	58,8 %
Mujeres	41,2 %	58,8 %
Glucosa	51,0 %	49,0 %
TA sistólica	79,2 %	20,8 %
TA diastólica	77,4 %	22,6 %

TABLA 3. Grado de control de los pacientes

SÍNDROME METABÓLICO	"p"
Edad	0,003
Tabaco	0,092
Sexo	0,552
Alcohol	0,135
Diagnóstico Psiquiátrico	0,249
Haloperidol	0,593
Olanzapina	0,711
Risperidona	0,514
Quetiapina	0,095
Aripiprazol	0,454
ISRSS	0,102
Mirtazapina	0,546
Benzodiazepinas	0,546
Valproato	0,340
Clonacepam	0,357

TABLA 4. Resultados del análisis bivalente

Variable independiente	OR (IC95)	p
sexo	0,26 (0,04 – 1,58)	0,14
edad	1,36 (1,05 – 1,77)	0,02
Tto antidepres.IRSS	48,67 (0,09 – 23974)	0,21
Tto estab- LITIO	29,80 (0,54-1622,4)	0,09
Tto olanzapina	0,24 (0,03-1,93)	0,18
Tto risperidona	1,10(0,19-6,45)	0,90
Tto quetiapina	1,14(0,21-6,20)	0,87
Tto aripiprazol	1,53 (0,11-19,9)	0,74

TABLA 5. Resultados de la regresión logística múltiple considerando como variable dependiente la presencia o no de síndrome metabólico

FIGURAS



FIGURA 1. Enfermedades concomitantes

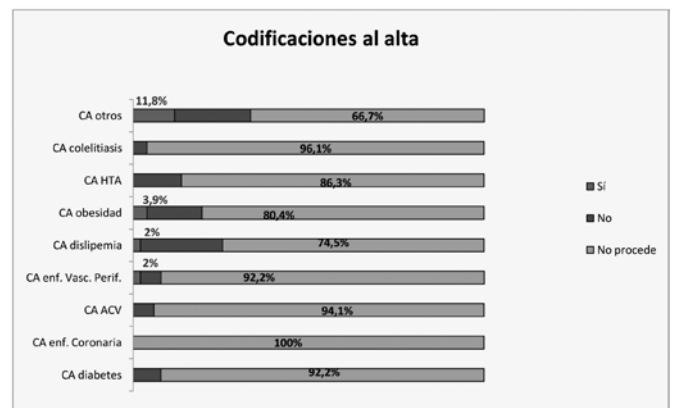


FIGURA 2. Codificaciones al alta

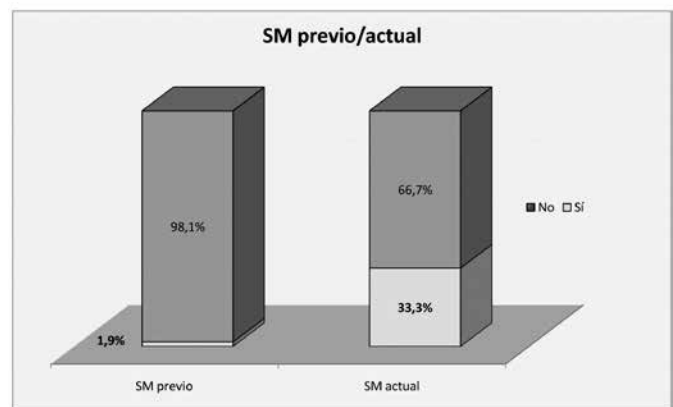


FIGURA 3. Sd. Metabólico previo/actual

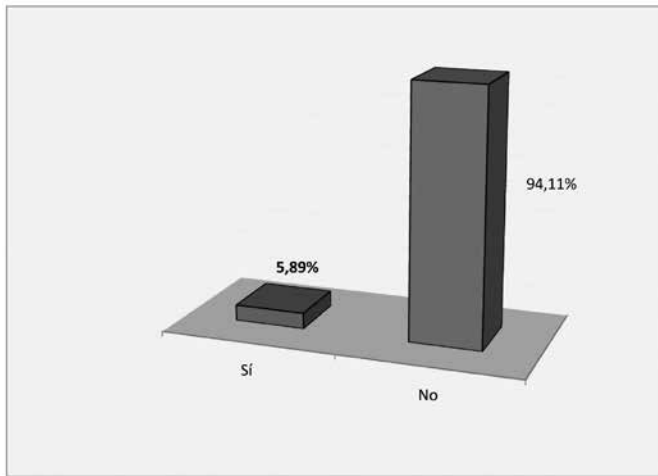


FIGURA 4. Pacientes sin diagnosticar

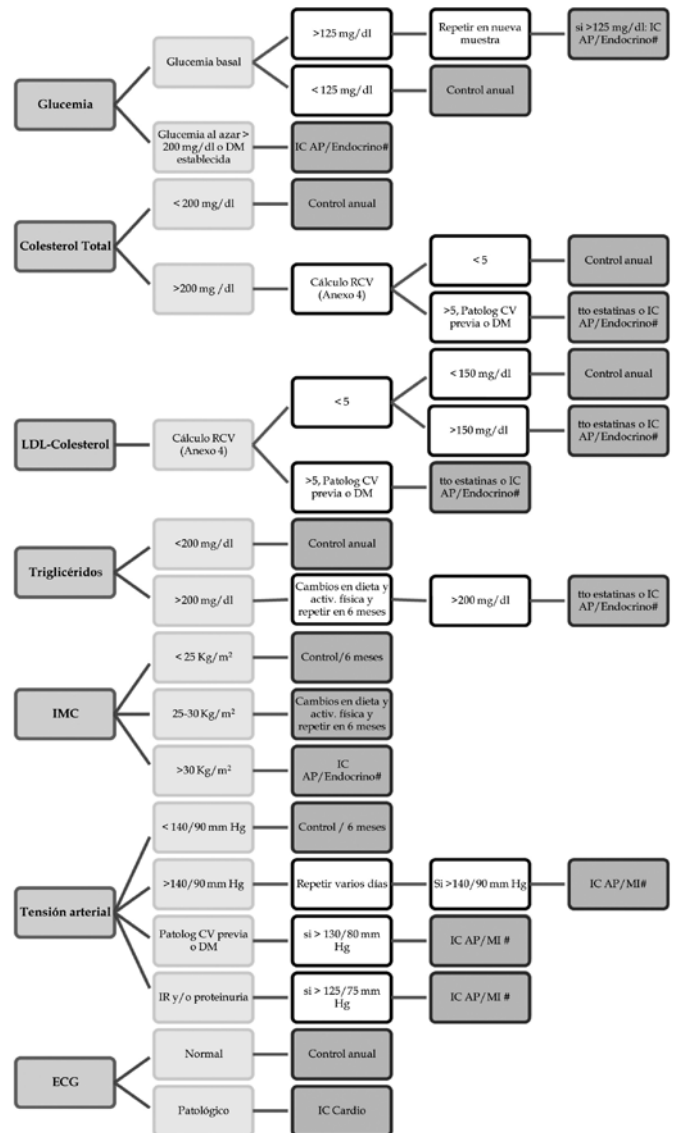


FIGURA 5. Protocolo de seguimiento de los FRCV