

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS EN CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA EN EL
PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012**

**Propuesta presentada como
Parte de los requisitos
Para optar al grado de
ENFERMERO.**

**JULIO SUAREZ ZEYDA PATRICIA.
LOPEZ CRUZ MARIA CLAUDIA
NIÑO URRUTIA ELIBUTH.
SANABRIA ARTUNDUAGA MAGDA ESPERANZA.**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA.
CARTAGENA- COLOMBIA**

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

2012

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS EN CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA EN EL
PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012**

**JULIO SUAREZ ZEYDA PATRICIA.
LOPEZ CRUZ MARIA CLAUDIA
NIÑO URRUTIA ELIBUTH.
SANABRIA ARTUNDUAGA MAGDA ESPERANZA.**

**ASESORA.
ZORAYDA BARRIOS PUERTA**

**UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA.
CARTAGENA- COLOMBIA
2012**

DEDICATORIA.

Dedicamos este trabajo a Dios, quien ha colocado en nuestros caminos los medios para acceder es esta formación profesional y nos ha brindado disposición, entrega y dedicación para desempeñarnos en el área de la salud como enfermeros.

A nuestros familiares y amigos que nos han acompañado en este proceso de formación brindándonos su apoyo y/o ayuda incondicional, en los momentos que hemos requeridos.

AGRADECIMIENTOS.

Nuestro eterno agradecimiento a Dios por brindar sabiduría, fortaleza y paciencia en el desarrollo de nuestro trabajo investigativo.

Agradecemos de manera directa a la Clínica de Salud Mental de Cartagena – Bolívar, pacientes y familiares, por abrir sus puertas de forma desinteresada y así lograr la elaboración y ejecución de nuestro proyecto de grado.

A la Universidad del Sinu Elías Bechara Zainum, Seccional Cartagena, que nos dio la oportunidad de formarnos como profesionales en el área de la salud; a los Docentes por los conocimientos impartidos para culminar la carrera de Enfermería, en especial a nuestras asesoras investigativas Zorayda Barrios Puentes y Jeidys Banquez, que con su paciencia y dedicación lograron transmitir sus conocimientos y orientarnos en el desarrollo de nuestro proyecto investigativo.

Al Dr. Juan Carlos Fernandez Mercado, quien con su colaboración y apoyo desinteresado permitió obtener datos valiosos para este trabajo.

A nuestros Padres, Esposos, Hermanos, Hijos y Amigos que nos ofrecieron de manera incondicional su apoyo.

Gracias a todos ellos se logro la meta propuesta.

TABLA DE CONTENIDO.

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I: EL PROBLEMA	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	16
1.4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO	17
1.5. VARIABLE DE ESTUDIO	18
1.5.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1. MARCO REFERENCIAL	22
2.2. BASE TEÓRICA	23
2.2.1. Factores predisponentes	23
2.2.2. Tratamiento anti psicótico y aumento de peso	24
2.2.3. Criterios para el diagnostico del síndrome metabólico	25
2.2.4. Complicaciones de síndrome metabólico y riesgo cardiovascular	26
2.2.4.1. Tratamiento	26

2.2.5. Marco conceptual	30
2.2.6. Consideraciones éticas y legales	32
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.3.1. Procedimiento para la selección de la muestra	33
3.3.2. Criterios de inclusión	34
3.3.3. Criterios de exclusión	34
3.3.4. Criterio de retirada	34
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	34
CAPITULO IV: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1. RECURSO HUMANO	35
4.2. RECURSO DE MATERIALES	35
4.3. PRESUPUESTO	36
4.4. CRONOGRAMA	37
CAPITULO V: RESULTADOS	39
5.1. DISCUSIÓN	44

5.2 CONCLUSIONES	45
5.3 . RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS.....	

LISTADO DE TABLAS.

Pág.

Tabla 1. Criterios síndrome metabólico 2009	25
Tabla 2. Descripción de los Gastos del Personal.....	35
Tabla 3. Descripción de Materiales y Equipo	35
Tabla 4. Rubros	36
Tabla 5. Cronograma de Actividades.....	37
Tabla 6. Diferencia entre género masculino y femenino	39

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

Tabla 7. Diferencia entre antecedentes y hábitos	40
Tabla 8. Frecuencia tratamiento prescrito	41
Tabla 9. Prevalencia de Síndrome metabólico	43

LISTADO DE FIGURAS.

Pág.

Figura 1. Modelo de Dorotea Orem29

LISTADO DE GRAFICAS.

	Pág.
Grafica 1. Frecuencia de genero.....	39
Grafica 2. Antecedentes y hábitos	40
Grafica 3. Frecuencia de tratamiento prescrito	42
Grafica 4. Prevalencia de síndrome metabólico.....	43

LISTADO DE ANEXOS.

Anexo A. Consentimiento informado	49
Anexo B. Encuesta	50

INTRODUCCIÓN.

El concepto de síndrome metabólico (SM) surgió a partir del reconocimiento por parte de Gerald Reaven en 1988 de una constelación de factores de riesgo que identificó como “síndrome X; fue reconocido hace más de 80 años en la literatura médica y ha recibido diversas denominaciones como por ejemplo: síndrome X plus y cuarteto mortífero entre otros, a través del tiempo. Por otra parte, no se trata de una única enfermedad sino de una asociación de problemas de salud que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por la combinación de factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida. (1)

El síndrome metabólico se caracteriza por la presencia de alteraciones como la resistencia a la insulina, que se manifiestan por hiperinsulinismo y por su asociación con obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia. La presencia de este síndrome se relaciona con incremento en el riesgo de aparición de enfermedades cardiocerebrovasculares y consecuente aumento de la mortalidad (2).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales no deben definirse por la ausencia de salud mental, es decir, el análisis y comprensión de estos se deben hacer con una perspectiva integral. Los trastornos psiquiátricos se consideran afecciones de importancia clínicas que están caracterizadas por alteraciones en los procesos de pensamiento, en la afectividad y en la conducta.

En el campo metabólico, estrechamente ligado a las enfermedades cardiovasculares, se ha visto que existen tanto en la población general como en los enfermos psiquiátricos, factores de riesgo modificables. En este sentido, la población psiquiátrica tiende a tener una mayor prevalencia de consumo de tabaco, sedentarismo o falta de ejercicio físico y una dieta más rica en grasas saturadas que son las más aterogénicas (3). Del mismo modo se ha visto también que otros factores de riesgo cardiovasculares, algunos auténticas entidades nosológicas de por sí, como son la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y la hiperlipemia son más habituales en los pacientes esquizofrénicos que en la población general (4). Todos estos factores unidos han llevado a una elevada prevalencia de un clúster de anomalías metabólicas en los pacientes con ciertas

patologías psiquiátricas que llevan a que cumplan los criterios diagnósticos del síndrome metabólico (5) tanto si se usan los criterios diagnósticos del National Cholesterol Education Program, 3rd Adult Panel Treatment (NCEP–ATP III) (6) como de la International Diabetes Federation (IDF) (7).

La terapia psicofarmacológica es una manera de corregir conductas y pensamientos patológicos y/o estados de ánimo por medios químicos o físicos. Los psicofármacos actúan modificando, en el cerebro, procesos fisiológicos y bioquímicos; Alrededor de un 50% de los pacientes adultos que reciben drogas anti psicóticas se ha observado que a mayor potencia, mayor efecto en el peso, esto se explica porque los sistemas de neurotransmisores cerebrales se ven afectados por esos medicamentos de forma tal que se ocasiona un estímulo a los receptores adrenérgicos y un bloqueo con los beta adrenérgicos, dopaminérgicos e histaminérgicos lo que ocasiona un aumento tanto de la grasa visceral como de la subcutánea; producto de incremento voraz de apetito. Una disminución de la saciedad, y por ende un mayor aumento de peso. (8)

El uso de antipsicóticos atípicos cuando son asociados a estabilizadores del humor (como puede ocurrir en algunos casos), esta situación puede aumentar aún más la frecuencia de desarrolla Diabetes 2, por lo que estos pacientes deben ser especialmente observados. La alteración en el metabolismo de los lípidos con el uso de antipsicóticos atípicos o de segunda generación, la mayoría de los estudios científicos vinculan a Clozapina y Olanzapina explicados fundamentalmente por el aumento de peso que estos ocasionan describiéndose mayor elevación del colesterol LDL, disminución del colesterol HDL y aumento de triglicéridos . (8)

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El síndrome metabólico es, un grupo de alteraciones metabólicas causadas por la combinación de factores genéticos y factores asociados al estilo de vida, la cual conduce a otros efectos entre los que se incluye la dislipidemia, la aterogenesis y la facilitación de condiciones protrombóticas. En el campo de la psiquiatría, se sabe que las personas con enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares debido a los tratamientos psicofarmacológicos con antipsicóticos, los cuales dentro sus efectos metabólicos se encuentran el aumento de peso, insulino resistencia, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha difundido los datos más recientes que demuestran que las enfermedades mentales tienen una prevalencia puntual acumulada de 10% en la población adulta, que son un problema cada vez mayor que según se calcula afecta a una de cada cuatro personas a lo largo de su vida. Por otro lado, es bien conocido que los pacientes diagnosticados de ciertas enfermedades mentales tienen una expectativa de vida más reducida que de la población general. Se ha encontrado una elevada prevalencia de SM en pacientes esquizofrénicos en Suecia: 34,6%; la prevalencia del SM se asoció con el uso de clozapina: 48% de los pacientes tratados con este fármaco tenían criterios de SM (9).

Estos estudios revelan que al parecer el bienestar orgánico de las personas con enfermedades mentales se ha descuidado bastante durante decenios y todavía continúa así en la actualidad, lo cual se evidencia en la deficiencia de investigaciones de incidencia de SM en pacientes psiquiátricos por tanto, este problema creciente de trastornos médicos concomitantes y muerte prematura de las personas con enfermedades mentales, necesita de acciones urgentes. Es considerable el número de pacientes con enfermedades mentales que reciben tratamiento psicofarmacológico; los psiquiatras ni los médicos de atención primaria efectúan una detección sistemática o seguimiento al inicio del tratamiento para evaluar y determinar los factores de riesgo metabólicos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes psiquiátricos que reciben tratamiento psicofarmacológico, hospitalizados en una clínica de salud mental en Cartagena- Colombia durante el primer periodo del 2012?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVOS GENERAL.

Determinar la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes psiquiátricos con tratamiento psicofarmacológico en Clínica de Salud Mental de Cartagena, en el primer semestre del 2012, mediante la caracterización de la población según las variables establecidas, para la descripción de asociación de factores de riesgo y tratamiento recibido en el diagnóstico de síndrome metabólico.

1.3.2OBJETIVO ESPECIFICOS.

- a) Caracterizar la población de estudio, según el género, edad, actividad laboral, sedentarismo, tabaquismo, medicamentos suministrados para su trastorno, exámenes clínicos y paraclínicos, a través de encuesta y formato clínico pertinente para medir los factores presentes en este grupo poblacional.
- b) Identificar los posibles factores de riesgo que influyen en el desarrollo del Síndrome Metabólico a través de una encuesta y formato clínico pertinente para este grupo poblacional.
- c) Proponer recomendaciones con el fin de incentivar el interés y el continuo estudio del SM.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

El Síndrome metabólico es una de las patologías de mayor prevalencia actualmente en nuestra sociedad, así mismo en el ámbito de salud mental nos encontramos con una alta tasa de pacientes afectados por esta patología, por lo que reviste interés comentar los aspectos más relevantes, que lo caracterizan, así como medidas a tomar para llevar un buen control de la enfermedad.

Diferentes análisis de estudios han demostrado que las personas con enfermedades mentales, tienen tasas excesivas de mortalidad. Esta brecha de mortalidad, se traduce en una esperanza de vida de 13 a 30 años más breve. Se estima que el 60% de mortalidad es atribuible a enfermedades metabólicas, cada vez se reportan más datos en la literatura que documentan la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes psiquiátricos con tratamiento psicofarmacológico.

Las enfermedades mentales aumentan el riesgo de morir 2 a 3 veces mayor. Un estudio realizado en ciudad México revela que el 39,7% de personas que padecen el SM son menores de 40 años, para el 2025 se estima existirán 11,7 millones de personas que padezcan diabetes mellitus tipo 2, principal causa de incapacidad provocada a largo plazo por este síndrome. Este estudio sirvió en México para percibir la problemática de salud pública que se presenta en esta población, a luz de los resultados de esta investigación es elemental en la evaluación de pacientes psiquiátricos determinar la presencia o ausencia de factores de riesgo para SM tal como se ha consensuado, tomando en cuenta el incremento de riesgo cardiovascular y metabólico que se pueden desencadenar este tipo de pacientes. Entre tanto los profesionales deberían ejecutar las medidas terapéuticas encaminadas a disminuir riesgo cardiovascular, en este sentido el tratamiento no farmacológico (dieta, actividad física) y farmacológico del síndrome metabólico reducen significativamente el riesgo cardiovascular (10, 11).

Para la **Universidad del Sinu Elías Bechara Zainum**, es trascendental incrementar la actividad científica en los estudiantes con el objeto de motivar e incentivar el espíritu investigativo y el pensamiento crítico, Por ello, se ha visto la necesidad de crear una nueva propuesta investigativa con el fin de descubrir nuevos conocimientos que aporten a la ciencia, la sociedad, y la cultura y

garantizar así mismo, el liderazgo en el campo investigativo obtenido y certificado por COLCIENCIAS.

Para la **Escuela de Enfermería**, es de suma importancia, pues permite, desarrollar estrategias de prevención diagnóstico y tratamiento eficaces, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de la enfermedad. Optimizando el servicio técnico y humanitario y por ende mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.5 VARIABLES DE ESTUDIO.

A todos los participantes se les controlaron las siguientes variables:

1. Variable Dependiente:

Síndrome metabólico.

2. Variable Independiente:

A. Variables Sociodemográficas: Sexo, Edad (años), Dirección.

B. Variables Clínicas: tabaquismo, ejercicio/sedentarismo, antecedentes familiares (diabetes, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio), Antecedentes personales (diabetes, obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio), medidas antropométricas, número de medicamento (nombre fármaco, presentación, dosis) y efecto adverso de los mismos, resultado de laboratorio (colesterol total, glicemia, colesterol HDL, triglicéridos), alimentación, conocimiento de síndrome metabólico y factores de riesgo, obesidad

1.5.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Sub-variable	Definición	Dimensión	Naturaleza	Método	Escala de medición	Indicador
Sociodemográficas	Sexo	Refiere a la identificación de genero: masculino, femenino	El que indique el entrevistado	Cualitativa o categórica.	Encuesta	Nominal	Clasifica *Masculino. *Femenino.
	Edad	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha	El que indique el entrevistado	cuantitativa	Encuesta	Continua	*Mide Numero en años

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

clínicas	Hábitos	Consumo o antecedentes de consumo que puedan alterar su estado de salud.	consumo de Alcohol	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Si / No
			Consumo de Cigarrillo	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Si / No
			Consumo de Sust. Psicoactivas	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Si / No
	Antecedentes personales y Familiares	Patologías personales o Familiares pueden mostrar la característica de una Enfermedad.	Antecedentes personales	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Si / No
			Antecedentes familiares	Cualitativa	Encuesta	Nominal	Si / No
	Medidas Antropométricas	Establece cambios físicos del Hombre y cambios en la distribución de las dimensiones corporales. Presión que ejerce la sangre contra las	Sobre peso. Obesidad.	Cuantitativa	Toma física	Continua	*25-29.9Kg/m2. *30-34.9kg/m2
			Talla	Cuantitativa	Toma física	Continua	*Numero en Cms
			Perímetro Abdominal	Cuantitativa	Toma física	Continua	*>88cm Mujeres. *> 102cm Hombres

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

		paredes de las arterias.	Presión Arterial	Cuantitativa	Toma física	Continua	>130/85mmHg Mujeres y Hombres
	Síndrome Metabólico	Asociación de problemas de salud que puede aparecer en forma simultánea o secuencial	Síndrome Metabólico	Cuantitativa	Paraclínicos	Continua	> 3 Factores de riesgos diagnostica Síndrome Metabólico
	Hallazgos anormales en examen de laboratorio	Determinan un diagnostico.	Glicemia en ayunas, colesterol total, HDL, Triglicéridos	Cuantitativa	Paraclínicos	Continua	Si / No

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1. MARCO REFERENCIAL

Se realizó un estudio observacional descriptivo para detectar la prevalencia de SM en pacientes con diagnóstico psiquiátrico con o sin tratamiento farmacológico **“Prevalencia de síndrome metabólico en un hospital psiquiátrico de México”** y se concluyó que solamente el 14% de la muestra presentó SM; los psicofármacos se asociaron a SM, teniendo mayor riesgo mujeres entre 40-59 años (10).

En octubre de 2009, fue publicado on line en la revista Circulation, una declaración conjunta de la IDF, del "National Heart, Lung, and Blood Institute" (NHLBI), de la "World Heart Federation" (WHF), de la "International Atherosclerosis Society" (IAS), de la "International Association for the Study of Obesity" (IASO) y la "American Heart Association" (AHA) donde a partir de confusiones que se han presentado en la aplicación de las clasificaciones precedentes, se ha decidido realizar un consenso entre todas estas organizaciones, y se han definido principalmente los siguientes criterios para diagnosticar el síndrome metabólico el cual es realizado cuando 3 o más de los siguientes factores de riesgo están presentes: Circunferencia abdominal >102 cm en hombres y >88 en mujeres; Triglicéridos séricos ≥ 150 mg/dL ; Presión arterial $\geq 130/85$ mm Hg; HDL Colesterol <50 mg/ y Glucosa de ayunas ≥ 100 mg/dL (11).

Así mismo, utilizando la base de datos del Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE), se determinó la prevalencia de SM en 1.460 pacientes esquizofrénicos y se encontró que 43% cumplían con el criterio de SM de la AHA/NHLBI. Comparados con pacientes no esquizofrénicos de la misma edad, sexo y raza, la prevalencia de SM entre los esquizofrénicos fue 138% mayor en hombres, y 251% mayor en mujeres. El 73% de las mujeres y 37% de los hombres cumplía con el criterio de cintura utilizado en la definición de SM (12)

La alta prevalencia de SM en esquizofrénicos se ha vinculado a sus hábitos de alimentación, con elevada ingesta de comidas (14). También puede contribuir a la alta prevalencia de SM en estos pacientes el uso de medicación antipsicótica, que

tiene efectos adversos sobre distintos componentes del SM, (Consenso 2004 de ADA/APA), lo cual obliga al control de estos efectos cuando se utiliza tal medicación (14).

Por otra parte, los factores psicológicos parecen asociarse con el riesgo de SM. En una cohorte de 425 mujeres controladas durante 7,4 años, la prevalencia de SM fue mayor entre quienes tenían niveles elevados de depresión, tensión e ira; a su vez, quienes cumplían con criterios de SM al ingreso, tuvieron más ansiedad e ira al fin del período de seguimiento tras la administración de fármacos antipsicóticos (15).

Adicionalmente, investigadores de la Universidad de Leicester en el Reino Unido, Kortenberg, Bélgica y el Colegio de Medicine Albert Einstein, Bronx, Nueva York, examinaron 48 estudios (con casi 300.000 individuos) que se llevaron a cabo entre 2000-2011 en cinco países. Los pacientes tratados con antipsicóticos, concretamente las personas con esquizofrenia, tienen un alto índice de problemas metabólicos, por ejemplo, hasta un 60% tienen anormalidades en los lípidos, el 40% tiene la presión arterial alta, y el 30% padecen de síndrome metabólico. Algunos estiman que el 90% de los pacientes tratados con fármacos antipsicóticos tienen al menos un factor de riesgo metabólico. Teniendo en cuenta esto, hay poderosas razones para recomendar un seguimiento regular de los pacientes bajo atención psiquiátrica (16).

2.2. BASES TEÓRICAS

El síndrome metabólico (SM) –conocido también como síndrome plurimetabólico, síndrome de resistencia a la insulina o síndrome X- es una entidad clínica controvertida que aparece, con amplias variaciones fenotípicas, en personas con una predisposición endógena, determinada genéticamente y condicionada por factores ambientales. Se caracteriza por la presencia de insulinoresistencia e hiperinsulinismo compensador asociados a trastornos del metabolismo hidrogenocarbonato, cifras elevadas de presión arterial, alteraciones lipídicas.

2.2.1. Factores predisponentes. No se trata de una única enfermedad sino de una asociación de problemas de salud que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por la combinación de ciertos factores. Los más estrechamente asociados con el síndrome metabólico incluyen:

- a) Edad: la incidencia del síndrome metabólico aumenta con la edad.
- b) Índice de masa corporal (IMC) superior a 25: el IMC se calcula como una medida de la grasa corporal en comparación con la altura y el peso.
- c) Antecedentes familiares o personales de diabetes: aquellas personas que tuvieron diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional) o que tienen un familiar con diabetes tipo 2 están expuestas a un riesgo más elevado de síndrome metabólico.
- d) Tabaquismo.
- e) Antecedentes de beber en exceso.
- f) Estrés.
- g) Estado posmenopáusico.
- h) Dieta inadecuada, rica en grasas saturadas, azúcar y pobre en fibra.
- i) Estilo de vida, además del sedentarismo lo cual promueve la obesidad.

También influyen algunos trastornos del comportamiento y conducta, en pacientes esquizofreniformes son muy complejos y suelen precisar en ocasiones la instauración de tratamientos a largo plazo, fármacos potencialmente lesivos a dicho nivel. Habitualmente, los pacientes tratados con anti psicóticos presentan un patrón de dislipemia denominado mixto con un incremento en los niveles de triglicéridos por un lado y una reducción en los de colesterol HDL o ligado a lipoproteínas de alta densidad, los cuales son uno de los criterios de síndrome metabólico.

La presencia de síndrome metabólico se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebro vascular, con disminución en la supervivencia, en particular, por el incremento unas 5 veces en la mortalidad cardiovascular.

2.2.2. Tratamiento anti psicótico y aumento de peso. El tratamiento anti psicótico frecuentemente se acompaña de aumento de peso. Este efecto indeseable se ha convertido en el factor más importante en la falta de adherencia al tratamiento anti psicótico, Se ha establecido que las drogas anti psicóticas de segunda generación que producen un mayor aumento de peso son la clozapina y

la olanzapina, seguidas de la quetiapina y la risperidona, pueden clasificar en tres factores. En primer lugar, los factores relacionados a la enfermedad, tales como las alteraciones de la ingesta de alimentos, los cambios de la actividad física, las ideas delusivas, las anormalidades neuroendocrinas, y los cambios metabólicos. En segundo lugar, los factores relacionados a la mejoría clínica, tales como cambios dietéticos, cambios de la actividad física, y la normalización de las funciones neuroendocrinas. En tercer lugar tenemos los efectos dopaminérgicos, los efectos serotoninérgicos, los efectos histaminérgicos y los efectos sobre los neuropéptidos. En general se acepta que la trasmisión adrenérgica estimula el apetito, mientras que la β -adrenérgica, la histaminérgica, la dopaminérgica y la serotoninérgica transmiten las señales que indican el estado de saciedad.

2.2.3. Criterios para el diagnóstico del síndrome metabólico. El grupo de problemas y factores de riesgo asociados con el síndrome metabólico fue definido por primera vez en 1988. El conjunto de factores que definen este síndrome se ha venido modificando con los años, y aunque hoy en día no existe un acuerdo general, uno de los criterios más aceptados es reciente del 5 de octubre de 2009, ha decidido realizar un consenso entre todas estas organizaciones. (IDF, NHLBI, WHF, IAS, IASO y la AHA) , y se han definido principalmente los siguientes criterios. Al tener tres o más de los factores de riesgo incluidos en Ta tabla 1 se diagnostica síndrome metabólico.

Tabla 1. Criterios para el Diagnóstico de SM. (IDF, NHLBI, WHF, IAS, IASO y la AHA). Octubre, 2009

Factores de Riesgo	Mujeres	Hombres
Obesidad abdominal Perímetro de cintura	≥ 88 cm	≥ 102 cm
Triglicéridos altos*	≥150 mg/dl	≥150 mg/dl
HDL bajo*	<50 mg/dl	<50 mg/dl
Tensión arterial alta*	≥85 / ≥130 mm Hg	≥85 / ≥130 mm Hg
Nivel de glucosa en ayunas alto*	≥100 mg/dl	≥100 mg/dl

Fuente: The metabolic syndrome and the physical training as essential pillar in its treatment Dr. Juan Álvarez Gómez Instituto de Cardiología

y Cirugía Cardiovascular. Ciudad de La Habana. Cuba

2.2.4. Complicaciones del síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. El aumento del riesgo cardiovascular asociado al síndrome metabólico puede deberse a la suma de sus partes ya que cada uno de sus componentes constituye un factor de riesgo independiente:

a) Dislipemia: El perfil aterogénico, con aumento de VLDL, disminución de HDL y presencia de LDL con partículas pequeñas y densas, esto se asocia a un aumento en el riesgo de enfermedad coronaria cardíaca.

b) Hipertensión: ha sido incluida como criterio diagnóstico en todas las definiciones de SM, desde que a este último se lo ha relacionado fuertemente con riesgo cardiovascular.

c) Resistencia a la Insulina: Por todos los efectos que conducen a disfunción endotelial y estrés oxidativo.

La combinación de estos elementos fundamentales del SM pueden terminar en aterosclerosis, complicaciones de placa, y finalmente, eventos cardiovasculares.

2.2.4.1 Tratamiento. Como en cualquier otra enfermedad, el objetivo del tratamiento para el síndrome metabólico es disminuir la mortalidad y las complicaciones relacionadas con el padecimiento así como mejorar la calidad de vida. El tratamiento debe iniciarse con modificaciones al estilo de vida y medidas no farmacológicas. La dieta y el ejercicio pueden ser suficientes para mantener un estado saludable y para prevenir las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

La dieta debe ser rica en fibra, limitando el consumo de grasa y de alimentos con índice glucémico alto. El ejercicio debe ser predominantemente de tipo aeróbico, cinco veces por semana en sesiones de 30 a 45 minutos, con estas modificaciones al estilo de vida mejora la sensibilidad a la insulina y la tolerancia a la glucosa, se reduce la presión arterial y los niveles de triglicéridos, aumentan los niveles de lipoproteínas de alta densidad (colesterol bueno) y mejora la función cardiopulmonar, Solo en algunos casos que deberán ser valorados individualmente será necesario agregar también tratamiento farmacológico para controlar la presión arterial, la glucosa en sangre o los niveles de triglicéridos y colesterol en sangre.

Al guiar nuestro proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones y/o análisis.

El auto cuidado como tratamiento del SM

Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en si mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los “cuidados”. Estos postulados constituyen el cómo y el porqué de la profesión de Enfermería

Por esta razón, muchas investigaciones están fundamentadas por la teorizante **DOROTEA OREM** que define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí.

Teoría Del Auto cuidado

En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

a) Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

b) Requisitos de auto cuidado del desarrollo:

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

c) Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud

Que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría Del Déficit De Auto cuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría De Los Sistemas De Enfermería

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores:

La enfermera suple al individuo.

b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:

El personal de enfermería proporciona auto cuidados.

c) Sistemas de enfermería de apoyo-educación

La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda .

Orem define el objetivo de la enfermería como: 1) Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”, Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. 2) Esta teoría se aplicara teniendo en cuenta el siguiente proceso para la realización de las estrategias de intervención en pacientes que reciben tratamiento farmacológico con anti psicóticos y así disminuir el riesgo de patología metabólica y por ende problemas cardiovasculares.

- a. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de auto cuidado.

- b. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del paciente.
- c. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de auto cuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- d. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al paciente para que participe activamente en las decisiones del auto cuidado de su salud.
- e. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del paciente.
- f. De esta forma implementaríamos el modelo del auto cuidado para las recomendaciones e intervención de enfermería en pacientes con psicotratoamiento anti psicóticos, para modificar los estilo de vida de riesgo y fomentar los saludables potencializando los factores protectores de cada paciente así como del entorno (17).

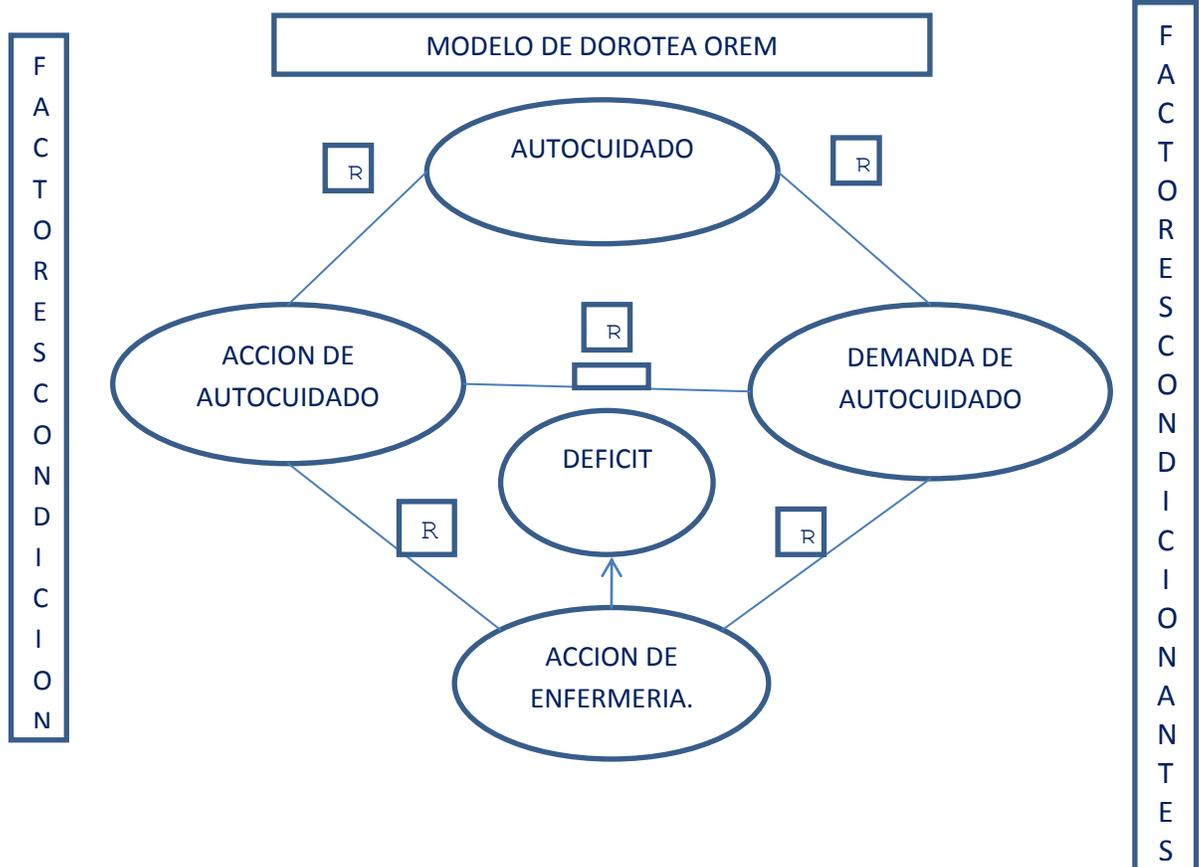


Figura 1. Modelo de Dorotea Orem.

2.2.5. MARCO CONCEPTUAL.

SÍNDROME: Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad o el conjunto de fenómenos característicos de una situación determinada.

Metabolismo: Proceso que usa el organismo para obtener o producir energía por medio de los alimentos que ingiere. La comida está formada por proteínas, carbohidratos y grasas. Las sustancias químicas del sistema digestivo descomponen las partes de los alimentos en azúcares y ácidos, el combustible de su cuerpo.

SÍNDROME METABÓLICO: Serie de signos o factores de riesgo que aumentan las posibilidades de presentar enfermedad cardíaca, un derrame o diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS: conjunto de Trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: Hiperglucemia. La causan varios trastornos, siendo el principal la baja producción de la hormona insulina.

OBESIDAD: Enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad.

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la

participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identifica conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

SALUD: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

PERSONA: Es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

ENTORNO: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

ENFERMERÍA: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

ESQUIZOFRENIA: La esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación y autismo entendido como aislamiento. El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico

no vive en este mundo (disociación entre la realidad y su mundo), ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente. No es consciente de su enfermedad

2.2.6. CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES

En el presente estudio se tendrán en cuenta las siguientes pautas éticas legales, durante su realización: _Salvaguardar el Secreto Profesional para mantener en reserva la identidad de los individuos que aportan la información. (Art. 74 de la Constitución Política).

Consentimiento Informado, del sujeto de investigación quien autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Aspectos éticos en investigación con seres humanos, **la investigación en comunidades** y los aspectos necesarios para la elaboración del consentimiento informado, la clasificación del riesgo y los compromisos que adquieren los investigadores (Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social).

La confidencialidad en la investigación del sujeto participante y el uso de esta información para uso estrictamente académico y no fines sensacionalistas.

CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO.

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, en una clínica de salud mental en Cartagena – Bolívar, se calculo un tamaño de muestra de 20 pacientes en los cuales se midieron las siguientes variables, genero, edad, hábitos (tabaquismo, alcohol, psicoactivos, actividad física, dieta), se realizaron medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia abdominal), toma de tensión arterial , así como análisis de laboratorio: glicemia, colesterol total, triglicérido; guiados por los criterios de SM según (IDF, NHLBI, WHF, IAS, IASO y la AHA), Octubre, 2009 durante el periodo comprendido de enero a junio del 2012

OBSERVACIONAL - DESCRIPTIVO:

Mide la prevalencia de la exposición y del efecto de una muestra población en un solo momento temporal, es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se realizara en la Institución de Salud Mental, de la ciudad de Cartagena – Bolívar, el cual se encuentra ubicado en el barrio el cabrero, con un número aproximado de 50 pacientes”.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población está constituida por 50 pacientes de la Institución de Salud Mental. La muestra serán 30 pacientes con tratamiento psicofarmacológico (neurolépticos), cuyas edades oscilaron entre 18 y 60 años, pertenecientes a ambos sexos. Se excluyen de la investigación 10 pacientes que deciden no participar en la toma de muestra sanguínea. A las personas que no se excluyeron se les dio consejería, toma de signos vitales y evaluación médica.

3.3.1 PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se toma muestra por conveniencia de los pacientes con tratados con psicofármacos anti psicóticos.

3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Participaron del estudio los pacientes que cumplían con los siguientes criterios:

- a) Edad comprendida entre 18 y 60 años.
- b) Pacientes Ambulatorio y/o Hospitalizado.
- c) Paciente que reciben tratamiento psicofarmacológico (neurolépticos).
- d) Paciente que otorguen su consentimiento por escrito para su inclusión en el estudio.
- e) Genero (masculino y femenino).

3.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No podrán ser incluidos pacientes con los siguientes criterios:

- a) Mujeres embarazadas.
- b) Paciente cuya situación patología pueda interferir con el desarrollo del estudio.
- c) Paciente con imposibilidad de otorgar su consentimiento informado.

3.3.4 CRITERIO DE RETIRADA.

Los pacientes podrán ser retirados del estudio por alguna de las siguientes razones:

- a) El paciente decide no continuar con el estudio y/o con las visitas del estudio.
- b) El paciente no colabora e incumple con los criterios de seguimiento.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica a emplear será la encuesta de acuerdo con el formato del anexo B y el instrumento a utilizar será cuestionario.

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIONES DE DATOS.

Los datos fueron procesados electrónicamente (Excel) y presentados en cuadros con sus respectivos gráficos, El análisis que permitió determinar la incidencia, fue realizado mediante el programa estadístico SPSS 17.

CAPITULO IV: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. RECURSOS HUMANOS.

Tabla 2. Descripción de los gastos del personal.

SERVICIOS PERSONALES			
Asesora Proyecto de Tesis (Docente)	10hras	25.500	255.000
Asesor Metodológico (Docente)	10hras	25.500	255.000
Grupo trabajo de tesis	04	100.000	400.000
Digitadora	500 hojas	300	150.000

4.2. RECURSOS DE MATERIALES Y EQUIPOS.

Tabla 3. Descripción de materiales y equipo.

MATRIALES Y SUMINISTRO			
Resma de papel	01	12.000	12.000
Impresión blanco y negro	300	300	90.000
Impresión a color	200	500	10.000
Empastada	01	70.000	70.000
Tubo de ensayo	40	1.000	40.000
Jeringas	40	500	20.000
Guantes	20 pares	500	10.000
Tapabocas	10	300	3.000
Algodón	01 bolsa	2.000	2.000
Solución salina Normal 0.9%	01 bolsa	2.500	2.500
CD-R	02	4.000	8.000
Lapiceros	03	500	1.500
USB	01	20.000	20.000

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

EQUIPO			
Cinta métrica	04	1.000	4.000
Peso	01	25.000	25.000
Fonendoscopio + tensiómetro	04kibs	120.000	480.000
Computador portátil	01	1.300.000	1.300.000

4.3. PRESUPUESTO GENERAL.

Tabla 4. Rubros.

RUBROS	TOTAL
SERVICIOS PERSONALES	\$1.060.000
MATERIALES DISPONIBLES	\$289.000
LABORATORIO	\$1.350.000
EQUIPO	\$1.809.000
SALIDAS DE CAMPO	\$244.000
SUBTOTAL	\$4.752.000
IVA 5%	\$237.600
TOTAL	\$4.989.600

4.4 CRONOGRAMA GENERAL

Tabla 5. Cronograma de actividades.

FASES O ETAPAS	OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I. ETAPA PRELIMINAR																																				
1.1 Selección del Tema.																																				
1.2 Selección del Título.																																				
II. ETAPA DE APROBACIÓN DEL TEMA																																				
2.1 Presentación del plan de Tesis.																																				
2.2 Revisión de plan de Tesis.																																				
2.3 Designación de asesor.																																				
2.4 Aprobación de plan de Tesis.																																				

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

III. ETAPA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN																												
3.1Recoleccion de Información.																												
3.2 Recolección y análisis de Muestras																												
3.3Composicion del perfil de Tesis.																												
3.4Desarrollo del tema de Investigación.																												
3.5Revisión de Borrador.																												
3.6Aprobación de borrados por Asesor																												
3.7Presentación del borrador al Jurado para corrección.																												
3.8Aprobación de Tesis.																												

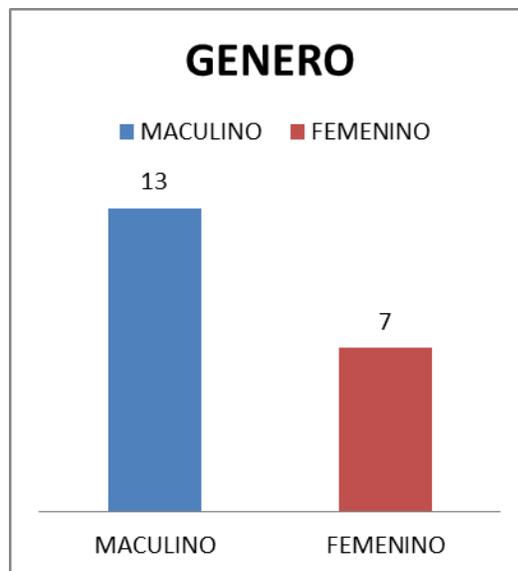
CAPITULO V: RESULTADOS.

De 20 pacientes captados para este estudio la mayor parte fueron 13 Hombres con un 65% de presencia. Por rango de edad el mayor número se encontró entre los 38 y 41 años representando el 30% de los sujetos estudiados.

Tabla 6. Diferencia entre genero (masculino- femenino)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRES	13	65,0	65,0	65,0
	MUJERES	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Grafica 1 Frecuencia de Género.



FUENTE: ENCUESTA MAYO 2012

En cuanto a los hábitos que favorecen problemas de salud destaca el 55% tiene vida sedentaria, el 50% tabaquismo, el 45% consume sustancias psicoactivas, alcoholismo de 55%. Otro dato es que 35% tenía algún antecedente familiar de

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

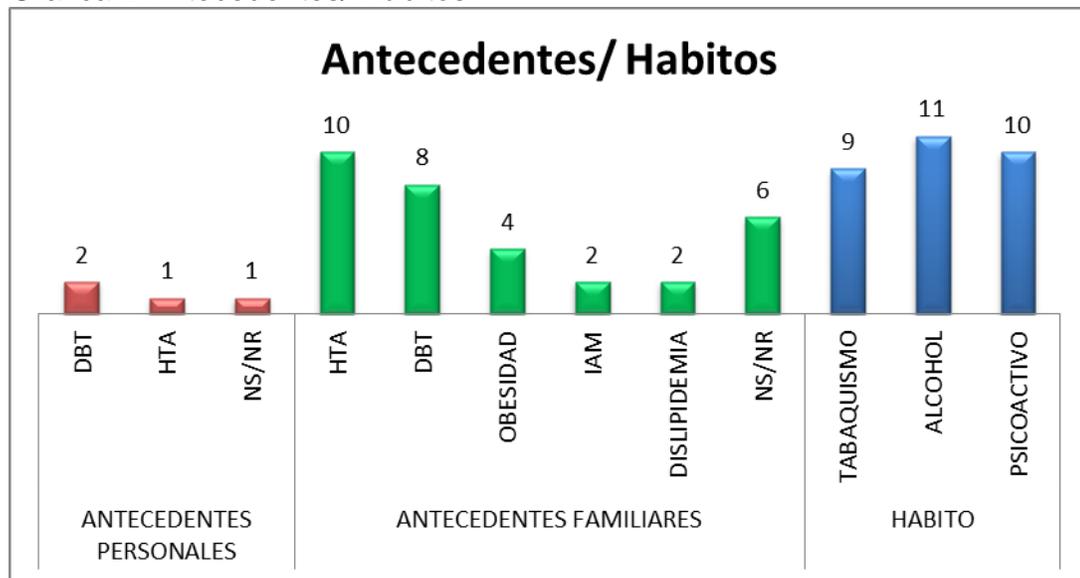
padecer patologías asociadas a SM, como diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad (tabla 7).

Tabla 7. Diferencia entre Antecedentes y hábitos

ANTECECENTE	ENFERMEDAD	NUMERO	%
ANTECEDENTES PERSONALES	DBT	2	10
	HTA	1	5
	NS/NR	1	5
ANTECEDENTES FAMILIARES	HTA	10	50
	DBT	8	40
	OBESIDAD	4	20
	IAM	2	10
	DISLIPIDEMIA	2	10
	NS/NR	6	30
HABITO	TABAQUISMO	9	45
	ALCOHOL	11	55
	PSICOACTIVO	10	50

FUENTE: ENCUESTA MAYO 2012

Grafica 2 Antecedentes/ Hábitos.



FUENTE: ENCUESTA MAYO 2012

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

Referente a los tratamientos psicofarmacológico el más frecuente en prescripción médica es el Haloperidol con 75% seguido de levomepromazina con 50% y Clozapina 45%. Tabla (8)

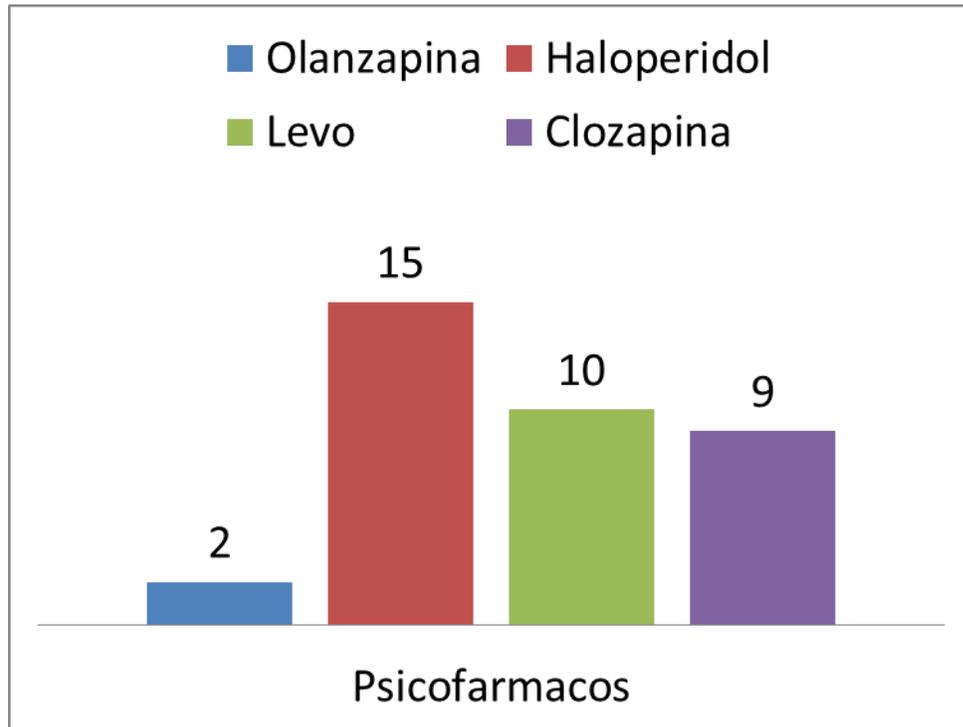
Tabla 8 frecuencia de tratamiento prescrito

LEVOMEPROMAZINA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	10	50,0	50,0	50,0
	SI	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	
HALOPERIDOL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	5	25,0	25,0	25,0
	SI	15	75,0	75,0	100,0
OLANZAPINA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	18	90,0	90,0	90,0
	SI	2	10,0	10,0	100,0
CLOZAPINA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	55,0	55,0	55,0

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

SI	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Grafica 3 frecuencia de tratamiento prescrito



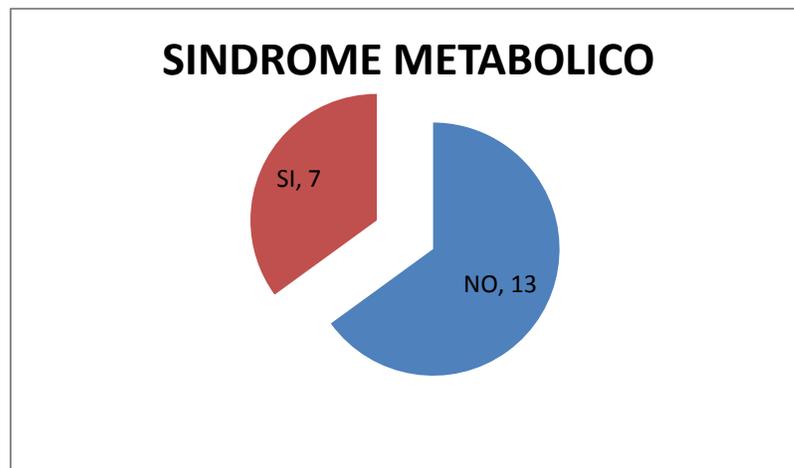
Al agrupar los individuos que cumplieron con tres criterios de los cinco que define SM de acuerdo al consenso (IDF, NHLBI, WHF, IAS, IASO y la AHA). Octubre, 2009, el 36% de la muestra presentó SM (grafica 4), cabe destacar, que la variable edad se encuentra asociada con el padecimiento de síndrome metabólico de la siguiente manera: los pacientes entre 24 – 57 años tiende en padecer SM en mayor medida que el resto de los pacientes, esta relación al compararla con la variable sexo prevalece en las mujeres entre 24 – 35 años, mientras que en los hombres sobresale la edad de 38 – 57 años.

Al contrastar el sedentarismo contra el SM, se encuentra que, entre los pacientes de la muestra existe una relación significativa entre tener un estilo de vida sedentario y padecer SM

PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER PERIODO DEL AÑO 2012

Tabla 9. Distribución de género según resultados de criterios diagnósticos para síndrome metabólico.

Factores de Riesgo	Mujeres	TOTAL	Hombres	TOTAL
Obesidad abdominal Perímetro de cintura	≥ 88 cm	5	≥ 102 cm	2
Triglicéridos altos*	≥150 mg/dl	1	≥150 mg/dl	2
HDL bajo*	<50 mg/dl	8	<50 mg/dl	10
Tensión arterial alta*	≥85 / ≥130 mm Hg	6	≥85 / ≥130 mm Hg	8
Nivel de glucosa en ayunas alto*	≥100 mg/dl	1	≥100 mg/dl	2



Grafica 4 Prevalencia de síndrome metabólico según criterios octubre 200

5.1 DISCUSION.

El SM se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial como se mencionó en la introducción. Haciendo comparación con el estudio realizado en una clínica psiquiátrica de Cartagena Colombia y el estudio tomado como marco de referencia realizado en la ciudad de México, podemos evidenciar notoriamente que existe una relación significativa entre los hallazgos encontrados. La prevalencia de síndrome metabólico en este estudio fue de 35% de la población estudiada, en la ciudad de México fue del 14% de la muestra el que presentó SM por el uso de psicofármacos. Evidenciando claramente el uso de medicamentos psicofarmacológico tiene una alta predisposición para desarrollar alteraciones metabólicas.

Sin embargo, estos hallazgos no implican la no prescripción psicofarmacológica, se debe valorar cuál fármaco en particular puede ser más benéfico para determinado paciente siempre que las condiciones psiquiátricas del paciente lo permitan. Es necesario tener en cuenta ésta información para tomar medidas preventivas y terapéuticas lo suficientemente adecuadas para tratar sus síntomas y sobre todo evitar su aparición, difundiendo los hallazgos encontrados en todo un equipo interdisciplinario de salud, especialmente en especialistas que por alguna razón médica deben atender a personas con enfermedad mental.

Al contrastar las diversas variables estudiadas, se ve claramente que independientemente se trate o no de pacientes con algún trastorno mental, la prevalencia del SM en nuestro país mantiene condicionantes que aplican al total de la población, no importando nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación y otras variables demográficas, siendo la principal característica para el desarrollo del síndrome tanto el sedentarismo, como la obesidad, estando presentes estos factores y aunados a antecedentes heredofamiliares, da como consiguiente la presentación del riesgo metabólico; situación que puede relacionarse lo referido en relación a estilos de vida poco saludables de los enfermos mentales y el uso de psicofármacos.

Entre tanto los profesionales deberían ejecutar las medidas terapéuticas encaminadas a disminuir riesgo cardiovascular, en este sentido el tratamiento no

farmacológico (dieta, actividad física) y farmacológico del síndrome metabólico reducen significativamente el riesgo cardiovascular.

5.2 CONCLUSIONES.

Los datos obtenidos en el estudio realizado demuestran la relación existente entre los fármacos anti psicótico, el aumento de peso corporal, intolerancia a la glucosa y antecedentes familiares y estilo de vida, llevando a un riesgo elevado de disfunción metabólica.

Como profesionales de la salud debemos ejecutar las medidas terapéuticas encaminadas a: disminuir el riesgo cardiovascular, educación sanitaria (orientando e informando al paciente psiquiátrico y a sus familiares acerca de este síndrome así como cambios de estilo de vida, con el fin de promover el autocuidado en esta población).

5.3 RECOMENDACIONES.

- a) Se recomienda al personal médico en el inicio del tratamiento psicofarmacológico identifique si hay alteraciones metabólicas para determinar su adecuada indicación y/o manejo.
- b) Informar al paciente sobre los efectos adversos psicofarmacológico.
- c) Concientizar al paciente sobre los efectos de vida saludable para el mantenimiento de la salud.
- d) Realizar control de paraclínicos y así determinar el control metabólico del paciente.
- e) Continuar este estudio con el fin de concienzar e informar al personal médico y de enfermeros sobre la importancia y manejo que se le debe dar a los pacientes psiquiátricos en sus tratamientos para evitar o disminuir el SM.

BIBLIOGRAFIA.

1. Informe sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud. 2001 Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
2. Kahn R, Buse J, Ferranini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. *Diabetes Care* 2005; 28 (9): 2289-2304.
3. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 183–194.
4. Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (suppl 4): 4–7.
5. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risks. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (suppl 4): 8–13.
6. Ford ES. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the U. S. *Diabetes Care*. 2005; 28: 2745–2749.
7. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. www.idf.org
8. http://www.diabetesaldia.info/index.php?option=com_content&view=article&id=161:psicofarmacos-y-diabetes&catid=59:edicion-70&Itemid=1
9. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952006000200006&script=sci_arttext&tlng=es#bib44
10. Organización Panamericana de las Salud. Panorámica General México www.who.intr/countries/mx 10/11/2008
11. Córdoba-Villalobos J et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública México* 2008;50(5):419-27.
12. https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:vjhlanUDQWAJ:actaspsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-115-122-852092.pdf+ESTADISTICAS+DE+SINDROME+METABOLICO+EN+PACIENTES+PSIQUIATRICOS&hl=es&gl=co&pid=bl&srcid=ADGEEsiJLtBGVayUGL79Un+5HjQFSg6P6MF4VkuSUZKhtRhYBDRizADXUnCU2qpDO35XRc1XxkjeLsrepAR-A4DnSJPf0aWnGHCZVfNXUB38uSzBtKRXnnMFNEtScsJmVpv5nejcPVHk&sig=AHIEtbTjK-a-mquPNK2xi_BN0bMPV8SJ-Q

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

13. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-45.
14. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia Res* 2005; 80: 19-32.
15. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952006000200006&script=sci_arttext&tlng=es#bib42
16. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952006000200006&script=sci_arttext&tlng=es#bib43
17. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S030332952006000200006&script=sci_arttext&tlng=es#bib45
18. <http://bitnavegante.blogspot.com/2011/08/los-psiquiatras-no-controlan.html>
19. <http://www.enfermeriajw.cl/DOROTHEA.pp>

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado



**CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Yo, _____, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando nombre y representación de _____ manifiesto libre y voluntariamente que autorizo a la escuela de Enfermería de la Universidad del Sinu, Elías Bechara Zainum, a los docentes y estudiantes a realizar el proyecto **PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADOS EN CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DE CARTAGENA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.**

La Escuela de Enfermería por medio de su grupo docente y estudiantes, me han explicado la naturaleza y el propósito del estudio, también me han informado de las ventajas

Además me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi, en su integridad y que los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma. Declaro además que me encuentro en la capacidad de expresar mi autonomía, teniéndola oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del estudiante con respecto al riesgo por el advertido y al contenido de ese documento, por lo tanto no he sido objeto de persuasión, coacción, ni manipulación que vicie mi consentimiento. Conozco el derecho que tengo de revocar este consentimiento informado si lo estimo necesario.

En caso de presentarse alguna duda, dirigirse al grupo investigativo.

Firma del Paciente.
CC.

Firma del entrevistador.
CC.

Firma de Testigo.
CC.

Firma de Testigo.
CC.

Anexo B. Encuesta



Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes Psiquiátricos en clínica de Salud Mental de Cartagena en el primer periodo del año 2012

Cuestionario dirigido a pacientes psiquiátricos sobre el nivel de información del Síndrome Metabólico y las acciones para prevenir esta alteración

Buenos días, somos alumnas de VIII semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum -seccional Cartagena. Nuestra propuesta de investigación está dirigida a La recopilación de datos, los cuales permitirán desarrollar actividades preventivas – promocionales en los centros de Salud Mental. Agradecemos su participación.

Se le recomienda leer detenidamente la pregunta y contestar la respuesta que usted crea es la indicada con una x.

- d) Caracterizar la población de estudio, según el género, edad, actividad laboral, sedentarismo, tabaquismo, medicamentos suministrados para su trastorno, exámenes clínicos y paraclínicos, a través de encuesta y formato clínico pertinente para poder medir los factores presentes en este grupo poblacional.

I.DATOS GENERALES.

FECHA: _____	SEXO: _____
NOMBRE: _____	EDAD: _____
DIRECCION: _____	EPS: _____

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

II. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

PESO:
TALLA:
IMC: H: M:
PERIMETRO DE CINTURA:
PRESIÓN ARTERIAL:

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Diabetes SI__ NO__ HTA SI__ NO__ IAM SI__ NO__
Obesidad SI__ NO__
Dislipidemia SI__ NO__ N S/ N R ____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes SI__ NO__ HTA SI__ NO__ IAM SI__ NO__
Obesidad SI__ NO__
Dislipidemia SI__ NO__ NS/NR ____

TRATAMIENTO ACTUAL.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS

V. HABITOS

Tabaquismo SI__ NO__ Alcohol SI__ NO__ Psicoactivos SI__ NO__
Deporte SI__ NO__ Sedentarismo SI__ NO__

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

e) Identificar los posibles factores de riesgo y/o protección para desarrollar el Síndrome Metabólico a través de una encuesta y formato clínico pertinente para este grupo poblacional.

1. Conoce usted acerca del síndrome metabólico?

SI__ NO__

2. ¿Qué tanto conoce usted sobre el síndrome metabólico y sus factores de riesgo?

MUCHO __ POCO __ NADA __

3. Conoce los efectos adversos de los medicamentos que ud. recibe?

SI__ NO __

4. ¿Se realiza usted control de peso?

SI __ NO__

5. Sabe usted las consecuencias que trae la obesidad:

SI __ NO__

6. Cuanto tiempo dura usted sentado o acostado:

MUCHO __ POCO __ NADA__

7. Sabe las consecuencias que trae el sedentarismo:

SI __ NO__

8. ¿Realiza usted ejercicios?

SI __ NO__

9. Sabe acerca de los beneficios que brinda el ejercicio:

SI __ NO__

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

10. Usted realiza:

Caminatas SI ___ NO___ Trota SI ___ NO___ Pasea SI ___ NO___

Maneja bicicleta SI ___ NO___ Baila o danza SI ___ NO___

Practica algún tipo de deporte: SI ___ NO___ CUAL? _____

11. Cuanto tiempo dedica para hacer ejercicio:

30 min___ 1 hora___ 1½ hora ___ 2 horas ___

12. Come usted comida baja en sal:

SI ___ NO___

13. Come usted comida baja en grasa:

SI ___ NO___

14. Come usted comida baja en azúcar:

SI ___ NO___

15. ¿Realizas actividades propias para la prevención de enfermedades?

SI ___ NO___

16. ¿Usted fuma?

SI ___ NO___

17. ¿Cuántas veces al día fuma?

1 vez ___ 2 veces ___ 3 veces ___ > 4 veces ___

18. A recibido charlas sobre:

Hipertensión SI ___ NO___ Diabetes SI ___ NO___ Obesidad SI ___ NO___

**PREVALENCIA DE SINDROME METABOLICO EN PACIENTES PSIQUIATRICO CON
TRATAMIENTO ANTISICOTICO, CLINICA DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA, PRIMER
PERIODO DEL AÑO 2012**

RESULTADOS DE LABORATORIO.

GLICEMIA	
TRIGLICERIDOS	
COLESTEROL TOTAL	
COLESTEROL LDL	
COLESTEROL HDL	

HALLAZGOS ENCONTRADOS.
