

LOS RIESGOS METABÓLICOS SON MAYORES EN LAS MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

Modrego, Aznar, María Fabiola*

RESUMEN:

En los años 90 la ciencia cambió sus paradigmas y empezó a reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, en la prevalencia de determinados diagnósticos y en la metabolización de fármacos, que tienen formas diferentes de actuar según el sexo. Así, el estudio CATIE (Bobes *et al.*, 2007; Rejas *et al.*, 2008) y el realizado por Rezaei y colaboradores, en pacientes iraníes en 2009, encontró que la prevalencia de síndrome metabólico es más frecuente en las mujeres, relacionado con el hecho de que éstas tienen mayor frecuencia de obesidad central.

La actual investigación enfermera se centró en determinar las alteraciones metabólicas de los pacientes que utilizan tratamiento antipsicótico inyectable, asociadas a las diferencias de género. Apostamos que el conocimiento de las diferencias sexuales ayudará a diseñar estrategias preventivas y pautas terapéuticas específicas para cada sexo.

PALABRAS CLAVE: síndrome metabólico, antipsicóticos, diferencias de género.

ABSTRACT:

In the 90s, the science changes its paradigms and began to recognize that there are differences between women and men in the forms of disease, the prevalence of certain diagnoses and in metabolizing drugs, which have different ways of acting according to sex. Thus, the CATIE study (Bobes *et al.*, 2007; Rejas *et al.*, 2008) and by Rezaei and contributors (2009) in Iran, found that the prevalence of the metabolic syndrome is more frequent in women, related to the fact that they have a higher frequency of central obesity.

The current nursing investigation focuses on determining the metabolic abnormalities of patients using injectable antipsychotic treatment, associated with gender differences. We believe that the knowledge of the sex differences will help design preventive strategies and specific treatment regimens for each sex.

KEYWORDS: metabolic syndrome X, antipsychotic agents, sex differences.

* Universidad de Zaragoza, fmodrego@salud.aragon.es

LOS RIESGOS METABÓLICOS SON MAYORES EN LAS MUJERES CON TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO/INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y otros trastornos psicóticos) muestran una importante heterogeneidad en varias de sus características básicas. Existe una gran variabilidad en la presentación clínica, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial. Ya en el año 1992, Lewis afirmaba que para explicar parte de esta heterogeneidad podía ser muy útil emplear la variable género dado la fiabilidad, la estabilidad y la validez de su definición.

Fue en los años 90 cuando la ciencia cambió sus paradigmas y empezó a reconocer que existen diferencias entre mujeres y hombres en la forma de enfermar, en la prevalencia de determinados diagnósticos y en la metabolización de fármacos, que tienen formas diferentes de actuar según el sexo. Los primeros estudios que examinaron las diferencias de género en la sintomatología de la esquizofrenia, como enfermedad referente de trastorno psicótico, sugerían diferencias entre mujeres y hombres (Lewine, 1981; Walker y cols., 1985). Las diferencias más frecuentemente descritas eran que las mujeres presentaban más síntomas afectivos y menos síntomas negativos. Por otro lado, los hombres presentaban mayor comorbilidad en abuso de sustancias, más conductas antisociales y mayor riesgo de suicidio.

Los fármacos utilizados para mejorar la sintomatología de los trastornos mentales graves son los estabilizadores del estado de ánimo, los anticonvulsivos y los antipsicóticos, y todos ellos se han relacionado con el riesgo de cambios metabólicos adversos en los pacientes (Newcomer y Haupt, 2006; Norlelawati, 2012). Todas estas alteraciones metabólicas contribuyen a incrementar al desarrollo de los principales factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular y el desarrollo del síndrome metabólico, como la obesidad, la hipertensión, la dislipemia y diabetes mellitus Tipo 2 (Gotheffors, 2010). En los últimos diez años ha habido un creciente interés por la salud física de los pacientes que sufren enfermedades mentales graves (Tosh y cols., 2014) reconociéndose que tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud física, por diversas razones (García-García *et al.*, 2009). Los datos publicados recientemente sobre diferencias sexuales observadas en la incidencia, la sintomatología y la notificación de los efectos adversos asociados con los fármacos psicotrópicos han cuestionado su relevancia clínica (Haack y cols., 2009).

El presente estudio presenta la siguiente pregunta: ¿es distinta la frecuencia de factores de riesgo metabólico en hombres y mujeres que precisan tratamiento antipsicótico? Los resultados de este estudio podrán proporcionar a las enfermeras una perspectiva más crítica sobre el cuidado específico a ofrecer a los pacientes, hombres o mujeres, considerando las necesidades prevalentes en cada género.

OBJETIVO

Analizar las características antropométricas, clínicas, diagnósticos enfermeros y la presencia de síndrome metabólico en los pacientes que reciben tratamiento antipsicótico inyectable, desde la perspectiva de género.

METODOLOGÍA

La muestra poblacional la constituyeron 128 pacientes adultos, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre 18 a 76 años, con tratamiento antipsicótico inyectable referidos a la Unidad de Salud Mental-Consultas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

El presente estudio es de corte cuantitativo. De acuerdo con el objetivo planteado, el diseño que se llevó a cabo fue de tipo descriptivo, concretamente observacional trasversal al inicio. Pasó a

ser prospectivo longitudinal cuasi-experimental por el seguimiento realizado durante las tres revisiones metabólicas realizadas a los pacientes. Así pues, el protocolo de estudio de los pacientes abarcó tres etapas: basal, primera revisión y segunda revisión. La recogida de datos se ha realizado durante cuatro años, desde octubre del año 2010 a marzo del año 2014.

Los criterios de inclusión fueron:

- pacientes mayores de 18 años.
- pacientes con más de un año en tratamiento antipsicótico inyectable.
- Pacientes que habían firmado el consentimiento informado para la participación en el estudio.

Los criterios de exclusión:

- pacientes menores de 18 años.
- pacientes que no han firmado el consentimiento informado.
- pacientes que no han acudido durante un mes o más a la consulta de enfermería a recibir el tratamiento antipsicótico inyectable.
- pacientes que acuden a la consulta de manera ocasional a recibir tratamiento inyectable, pero su seguimiento habitual no se realiza en la misma.

Los dos pilares sobre los que se apoya el presente estudio enfermero son el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la Valoración enfermera utilizando los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Esto nos permitió reunir la información necesaria y relevante de los pacientes. Se utilizó el lenguaje común entre los profesionales de enfermería: los Diagnósticos Enfermeros de la Clasificación Internacional NANDA (Nanda, 2005).

Al inicio del estudio se realizó la valoración enfermera detallada, exploración física completa y analítica sanguínea para bioquímica y hormonas. En esta etapa se identificaron cuatro patrones funcionales alterados y/o en riesgo de alteración en cada paciente. Como primer problema de salud apareció el aumento de peso expresado por el Índice de Masa Corporal. Se consideró como objetivo prioritario mejorar el peso corporal. El plan de cuidados se completó usando las taxonomías enfermeras NOC y NIC (McCloskey y cols., 2005; Moorhead y cols., 2005). En esta etapa, los pacientes recibieron información sobre las normas para modificar el estilo de vida, con hábitos de vida saludable (higiene dietética y actividad física) y se acordó con cada uno de ellos las modificaciones a realizar. En las citas sucesivas para el tratamiento inyectable, y hasta la primera y segunda revisión metabólica, se les realizó un control antropométrico mensual. Asimismo, se repasaron los acuerdos dietéticos y la realización de actividad física. Anualmente se les extrajo sangre para analítica sanguínea (bioquímica y hormonal), con el objetivo de evaluar las variaciones que se presentaban.

Detallamos a continuación los patrones funcionales más frecuentemente alterados en los pacientes con trastornos psicóticos se detallan a continuación:

PATRÓN 2.- Nutricional-Metabólico.

Diagnóstico Enfermero: Código 0001. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.

- Características definitorias:
 - Peso corporal del 20% superior al ideal para la altura y constitución corporal.
 - Estilo de vida sedentario.
 - Patrones de comida disfuncionales (p.e. comer al mismo tiempo que realiza otras actividades).
 - Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad).
- Relacionado con: Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas

Líneas de actuación enfermera:

- Ayudar a modificar conductas inadecuadas alimenticias
- Ayudar a manejar la nutrición
- Aportar motivación y apoyo emocional
- Realizar seguimiento periódico del paciente

Tabla I. Objetivos (NOC) para mejorar el desequilibrio nutricional por exceso

Diagnóstico enfermero	0001.- Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades
NOC	RESULTADOS ESPERADOS
Para medir la resolución del diagnóstico	1004 Estado nutricional.
Adicionales para medir las características definitorias	1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquido. 1006 Peso: índice de masa corporal 1633 Participación en el ejercicio 1211 Nivel de ansiedad
Asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	1621 Conducta de adhesión: dieta saludable 1632 Conducta de cumplimiento: actividad prescrita 1854 Conocimiento: dieta saludable

En este estudio se han seleccionado los siguientes cuatro factores y se ha trabajado en las capacidades de los pacientes para corregirlos:

- Falta de conocimientos sobre los alimentos y su metabolismo.
- Comportamientos psicóticos (polidipsia, pica-pica y otros).
- Estados de ánimo distímicos (soledad, tristeza, aburrimiento).
- Hábitos familiares erróneos o deficitarios respecto a la comida, en cuanto al equilibrio calórico.

Tabla II. Intervenciones enfermeras (NIC) para mejorar el desequilibrio nutricional por exceso

Diagnóstico enfermero	0001.- Desequilibrio nutricional por exceso: ingesta superior a las necesidades
NIC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Principal	5246 Asesoramiento nutricional
Sugerida	5614 Enseñanza: dieta prescrita
Opcional	4420 Acuerdo con el paciente

- Se hizo partícipe al paciente en la elaboración de una dieta adecuada para lograr la pérdida de peso. Se explicó el valor nutricional de los alimentos y su contenido calórico, así como la elección de los alimentos acordes a sus gustos y preferencias.
- Se compartió con la familia del paciente la importancia de modificar algunos hábitos alimenticios familiares.
- Se acordó con cada paciente realizar un control mensual de peso y de perímetro abdominal. Si el paciente prefería omitir algún mes la medición de esos parámetros se respetó su decisión y se le animó a seguir comprometido con la dieta determinada.
- Cada vez que el paciente lograba pérdida de peso se le felicitaba por el objetivo conseguido.

PATRÓN 4.- Actividad-Ejercicio

Diagnóstico Enfermero: Código 168. Estilo de vida sedentario: Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

- Características definitorias:
 - El paciente elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.
 - Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física.
 - Afirmaciones del paciente comunicando que se aburre.
 - Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.
- Factores relacionados:
 - Falta de recursos (tiempo, dinero, compañía, entorno desprovisto de actividades recreativas).
 - Falta de interés.
 - Falta de motivación.

Líneas de actuación enfermera:

- Motivar y/o estimular la realización de ejercicio físico
- Fomentar actividades de ejercicio
- Realizar seguimiento

Tabla III.- Objetivos (NOC) para lograr el cumplimiento de actividad física

Diagnóstico enfermero	Código 168. Estilo de vida sedentario
NOC	RESULTADOS ESPERADOS
Para medir la resolución del diagnóstico	1633 Participación en el ejercicio
Adicionales para medir las características definitorias	1632 Conducta de cumplimiento: actividad prescrita.
Asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	1855 Conocimiento: estilo de vida saludable 1209 Motivación 1604 Participación en actividades de ocio

Tabla IV.- Intervenciones enfermeras (NIC) para lograr el cumplimiento de actividad física

NIC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Principal	0200 Fomento del ejercicio
Sugerida	4480 Facilitar la autorresponsabilidad

- Se informó al paciente sobre los efectos beneficiosos del ejercicio físico: realizar ejercicio aliviará tensiones y el paciente podrá sentirse mejor consigo mismo y su salud mejorará notablemente. Ninguna alimentación es sana si no va acompañada de ejercicio físico.
- Se motivó al paciente para que rompiera el círculo del sedentarismo. Se escucharon los argumentos que le habían llevado a ese estilo de vida y se le explicó la necesidad de modificarla, resaltando los beneficios del ejercicio.

PATRÓN 5: Percepción–Manejo de la salud

Diagnóstico Enfermero: Código 99. Mantenimiento ineficaz de la salud: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

- Características definitorias:
 - Falta de expresión de interés por mejorar las conductas de salud.
 - Falta demostrada de conductas adaptativas al entorno.
 - Falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas.

- Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud (consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas).
- Deterioro de los sistemas de soporte personal.
 - Factores relacionados:
 - Afrontamiento individual y familiar ineficaz.
 - Habilidades para la comunicación deficientes.
 - Incapacidad para realizar juicios apropiados.
 - Recursos insuficientes (p.ej.: equipo, finanzas).
 - Sufrimiento espiritual.

Líneas de actuación enfermera:

- Educar en salud sobre el tratamiento prescrito.
- Educar en salud sobre el proceso de enfermedad.
- Educar en hábitos de vida saludable (dieta y ejercicio).

Tabla V.- **Objetivos (NOC) para mejorar el mantenimiento ineficaz de la salud**

Diagnóstico enfermero	CÓDIGO: 99. Mantenimiento ineficaz de la salud
NOC	RESULTADOS ESPERADOS
Para medir la resolución del diagnóstico	1601 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita 1632 Conducta de cumplimiento: actividad prescrita 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita
Adicionales para medir las características definitorias	3001 Satisfacción del paciente: cuidados 1209 Motivación 1627 Conducta de pérdida de peso 1625 Conducta de abandono del consumo de tabaco 1300 Aceptación: estado de salud

TABLA VI.- **Intervenciones enfermeras (NIC) para mejorar el mantenimiento ineficaz de la salud.**

NIC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Principal	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5395 Mejora de la autoconfianza 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje
Sugerida	5250 Apoyo en la toma de decisiones 5510 Educación para la salud 5602 Enseñanza: individual (proceso de enfermedad) 5618 Enseñanza: individual (procedimiento/ tratamiento)
Opcional	4420 Acuerdo con el paciente

- Se facilitó al paciente el cumplimiento a las visitas concertadas de enfermería para aplicar el tratamiento antipsicótico, revisar los objetivos acordados e incentivar su logro.
- Se le animó a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva. Se establecieron límites ante sus conductas manipuladoras.
- Se les ayudó a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y se fomentó la toma de decisiones responsables en la elección del propio estilo de vida.
- Se reforzó la aceptación de responsabilidades respecto a los cambios de su conducta.

PATRÓN 10.- Adaptación-Tolerancia al estrés

Diagnóstico Enfermero: Código: 69. Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

- Características definitorias:
 - Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
 - Insomnio.
 - Nerviosismo.
 - Preocupación.
 - Irritabilidad.
 - Sequedad de boca.
 - Disminución para la habilidad para aprender/solucionar problemas.
 - Tendencia a culpar a otros.
- Factores relacionados:
 - Cambio en: situación económica, entorno, estado de salud, función del rol.
 - Abuso de sustancias.
 - Amenaza en relación con: situación económica, entorno, estado de salud.
 - Necesidades no satisfechas.

Líneas de actuación enfermera:

- Ayudar a modificar conductas inadecuadas alimenticias
- Ayudar a manejar la nutrición
- Aportar motivación y apoyo emocional
- Realizar seguimiento periódico del paciente

Tabla VII.-Objetivos (NOC) para mejorar el afrontamiento inefectivo y/o la ansiedad

Diagnóstico enfermero	Código: 69. Afrontamiento inefectivo
NOC	RESULTADOS ESPERADOS
Para medir la resolución del diagnóstico	1300 Aceptación: estado de salud 1211 Nivel de ansiedad
Adicionales para medir las características definitorias	1302 Afrontamiento de problemas 1402 Autocontrol de la ansiedad
Asociados con los factores relacionados o resultados intermedios	1405 Autocontrol de los impulsos 1604 Participación en actividades de ocio 1205 Autoestima 2002 Bienestar personal 1502 Habilidades de interacción social 3003 Satisfacción del paciente: cuidados 0906 Toma de decisiones

Tabla VIII.- Intervenciones enfermeras (NIC) para mejorar el afrontamiento y/o la ansiedad

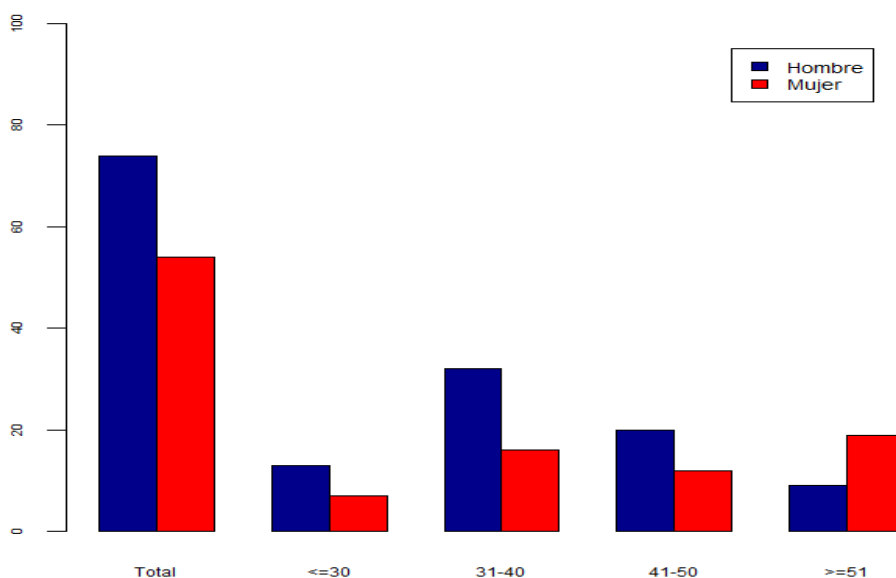
NIC	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
Principal	5230 Mejorar el afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad 6040 Terapia de relajación
Sugerida	5270 Apoyo emocional 5310 Dar esperanza
Opcional	4920 Escucha activa 4420 Acuerdo con el paciente

- Se incentivó una actitud de esperanza como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Se ayudó al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza, animándolo y ofreciéndole apoyo.
- Se ayudó al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
- Se animó la implicación de la familia para facilitar al paciente el logro de los objetivos acordados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución por sexo fue de 74 hombres (57,8%), con una edad media de $39 \pm 9,18$ años, y de 54 mujeres (42,2%) con una edad media de $45 \pm 12,6$ años. Ver Figura 1.

Figura 1. Distribución por edad y sexo de los pacientes del estudio



En la Tabla IX se observa que son los hombres los que representaban la mayor frecuencia de esquizofrenia, 52 pacientes (70,3%). Las mujeres también presentaron este diagnóstico como el más frecuente, pero en un porcentaje menor (53,7%).

La distribución de los años de enfermedad con tratamiento antipsicótico, por sexo, indica que el grupo de <5 años de tratamiento es el más frecuente en hombres (27 casos del total de 74), mientras que en las mujeres los grupos de menos de 5 años y entre 6 y 10 son los más frecuente (14 y 15 mujeres respectivamente del total de 54), tal como se muestra en la Tabla IX.

Sólo el 54% de los pacientes, tanto en hombres como en mujeres, utilizaba tratamiento antipsicótico en monoterapia, siendo éste un inyectable depot. El resto de pacientes (46%) llevaba asociado uno o más antipsicóticos orales (politerapia).

El diagnóstico médico, los años de enfermedad y el tipo de tratamiento antipsicótico utilizado no presentaron diferencias estadísticamente significativas (d.e.s), cuando se compararon por género.

Tabla IX. Características clínicas de la población estudiada, según sexo

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		Hombres		Mujeres		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Diagnóstico médico	Delirio persistente crónica	6	8,1	11	20,4	17	13,3	0,13
	Esquizofrenia	52	70,3	29	53,7	81	63,3	
	Trastorno esquizoafectivo	6	8,1	7	13,0	13	10,1	
	Otros trastornos psicóticos	10	13,5	7	13,0	17	13,3	
	Total	74	57,8	54	42,2	128	100,0	
Años de enfermedad	<5 años	27	36,5	14	25,9	41	32,0	0,54
	6-10 años	13	17,6	15	27,8	28	21,9	
	11-15 años	17	22,9	11	20,4	28	21,9	
	16-20 años	8	10,8	8	14,8	16	12,5	
	>21 años	9	12,2	6	11,1	15	11,7	
	Total	74	57,8	54	42,2	128	100,0	
Tratamiento antipsicótico	Monoterapia	40	54,0	29	53,7	69	53,9	1,00
	Politerapia	34	46,0	25	46,3	59	46,1	
Total		74	100,0	54	100,0	128	100,0	
Tratamiento antipsicótico oral	0	41	54,0	29	53,7	69	53,9	1,00
	1	25	35,1	19	35,2	45	35,2	
	2+	8	10,9	6	11,1	14	10,9	
	Total	74	100,0	54	100,0	128	100,0	

*Los valores está expresados en número y porcentajes.

En la Tabla X se observa d.e.s. en relación al perímetro abdominal comparado por género, siendo mayor en las mujeres (64,8%) que en los hombres (31,4%) según la definición ATP III de síndrome metabólico ($p=0,03$). En la definición IDF también fue mayor el perímetro abdominal en mujeres (87,0%) que en hombres (70,3%); ($p=0,04$). No se observaron d.e.s en el resto de los parámetros.

Tabla X. Características antropométricas y analíticas, según sexo

ANTROPOMETRÍA Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS		Definición de SM	Hombres		Mujeres		Total		p
			n	%	n	%	n	%	
Índice de Masa Corporal elevado	Normopeso		13	17,6	13	24,1	26	20,3	0,69
	Sobrepeso I		9	12,1	7	13,0	16	12,5	
	Sobrepeso II		23	31,1	12	22,2	35	27,3	
	Obesidad I		18	24,3	16	29,6	34	26,6	
	Obesidad II		11	14,9	6	11,1	17	13,3	
Total			74	100,0	54	100,0	128	100,0	
Perímetro Abdominal elevado	No	ATP	42	56,8	19	35,2	61	47,7	0,03
	Sí		32	31,4	35	64,8	67	52,3	
	No	IDF	22	29,7	7	13,0	29	22,7	0,04
	Sí		52	70,3	47	87,0	99	77,3	
Total			74	100,0	54	100,0	128		
Triglicéridos elevados	No	ATP & IDF	39	54,2	37	69,8	76	60,8	0,11
	Sí		33	45,8	16	30,2	49	39,2	
Total			72	100,0	53	100,0	125	100,0	
HDL colesterol disminuido	No	ATP & IDF	39	54,2	28	54,9	67	54,5	1,00
	Sí		33	45,8	23	45,1	56	45,5	
Total			72	100,0	51	100,0	123	100,0	
Glucemia basal elevada	No	ATP	65	89,0	45	84,9	110	87,3	0,68
	Sí		8	11,0	8	15,1	16	12,7	
	No	IDF	58	79,5	39	73,6	97	77,0	0,58
	Sí		15	20,6	14	26,4	29	23,0	
Total			73	100,0	53	100,0	126	100,0	
Tensión arterial elevada	No	ATP	57	77,0	42	77,8	99	77,3	1,00
	Sí		17	23,0	12	22,2	29	22,7	
	No	IDF	42	56,8	34	63,0	76	59,4	0,60
	Sí		32	43,2	20	37,0	52	40,6	
Total			74	100,0	54	100,0	128	100,0	

La Tabla XI detalla el tipo de compromiso inicial de los pacientes con los diagnósticos enfermeros, separados por sexos. Se agruparon las cinco opciones de compromiso en dos: "algún compromiso", que engloba nulo y algún compromiso, y "moderado compromiso", que incluye moderado, frecuente e importante compromiso. Esta dicotomización de la variable se ha realizado para agrupar los valores pequeños existentes y facilitar el cálculo estadístico. No existen d.e.s entre hombres y mujeres en ninguno de los cuatro diagnósticos trabajados.

Tabla XI. Compromiso de los pacientes con cada diagnóstico enfermero, según sexo

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS		Hombres		Mujeres		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Desequilibrio nutricional por exceso	algún compromiso	31	41,9	23	42,6	54	42,2	1,00
	moderado compromiso	43	58,1	31	55,6	74	57,8	
Mantenimiento de la salud	algún compromiso	43	58,1	24	44,4	67	52,3	0,18
	moderado compromiso	31	41,9	30	57,4	61	47,7	
Estilo de vida sedentario	algún compromiso	37	50,0	33	61,1	70	54,7	0,29
	moderado compromiso	37	50,0	21	38,9	58	45,3	
Afrontamiento ineficaz	Algún compromiso	43	58,1	28	51,9	71	55,5	0,60
	Moderado compromiso	31	41,9	26	48,1	57	44,5	

*Los valores está expresados en número y porcentajes.

En la revisión basal, los resultados obtenidos de las hormonas tiroideas y prolactina no expresaron d.e.s según el sexo (Tabla XII).

La prolactina estaba elevada en el 61,1% de los pacientes, siendo la frecuencia, más alta en mujeres (64,9%) que en hombres (59,2%). Además, la media de prolactina también fue más elevada en las mujeres (53,3 ng/ml) que en los hombres (21,5 ng/ml). El rango global de variación abarcó desde un mínimo de 3,8 ng/ml hasta un máximo de 142,0 ng/ml. La elevación de la prolactina secundaria a los antipsicóticos típicos y atípicos es también más frecuente en mujeres y esto incrementa el riesgo de galactorrea, amenorrea y disfunción sexual (Melkersson y cols., 2001).

Tabla XII. Características hormonales de la población estudiada por sexo

HORMONAS		Hombres		Mujeres		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Alteración Tiroidea (TSH)	No	61	93,8	46	93,9	107	93,9	0,87
	Si	4	6,2	3	6,1	7	6,1	
	Total	65	57,0	49	43,0	114	100,0	
Prolactina elevada	No	20	40,8	13	35,1	33	38,4	0,75
	Si	29	59,2	24	64,9	53	61,6	
	Total	49		37		86		

*Los valores está expresados en número y porcentajes.

El hábito tabáquico no se considera para determinar el riesgo de síndrome metabólico de los pacientes, pero es interesante señalar que en la actualidad 74 pacientes son fumadores, lo que representa algo más de la mitad del total de pacientes del estudio (57,8%). La frecuencia del consumo de tabaco en los hombres era el doble que en las mujeres (71,6% vs 38,9%), resultando estadísticamente significativo ($p= 0,00043$). El consumo de cannabis también resultó estadísticamente significativo ($p= 0,042$): la proporción de mujeres que consumen (3,7%) vs hombres (13,5%) fue notablemente menor. Respecto al consumo de cocaína, 4 pacientes han mantenido consumo esporádicamente a pesar de la derivación a los centros de desintoxicación disponibles en la ciudad (Tabla XIII).

Tabla XIII. Consumo actual de tabaco y otros tóxicos, según sexo

CONSUMO TÓXICOS		Hombres		Mujeres		Total		p
		n	%	n	%	n	%	
Tabaco	No	21	28,4	33	61,1	54	42,2	0,00043
	Si	53	71,6	21	38,9	74	57,8	
Cannabis	No	64	86,5	52	96,3	116	90,6	0,042
	Si	10	13,5	2	3,7	12	9,4	
Cocaína	No	71	95,9	53	98,2	124	96,9	0,138
	Si	3	4,1	1	1,8	4	3,1	

*Los valores está expresados en número y porcentajes.

Las mujeres ven incrementada la frecuencia de SM frente a los hombres en todos los grupos de edad, salvo en el tercer grupo de 31-40 años. Según la definición IDF, se incrementa la frecuencia de SM en todos los grupos de edad (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Prevalencia de síndrome metabólico, definición ATP III, por edad y sexo

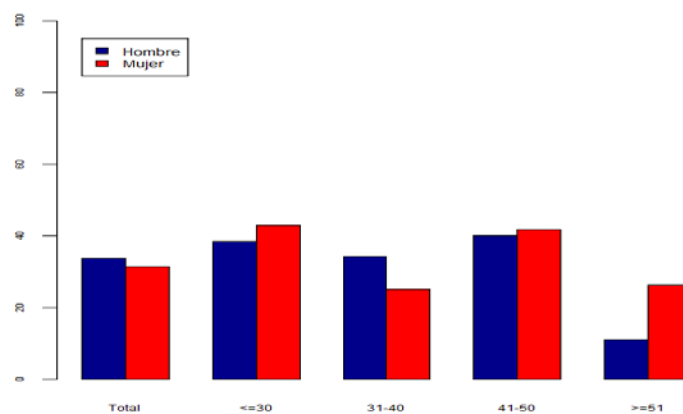
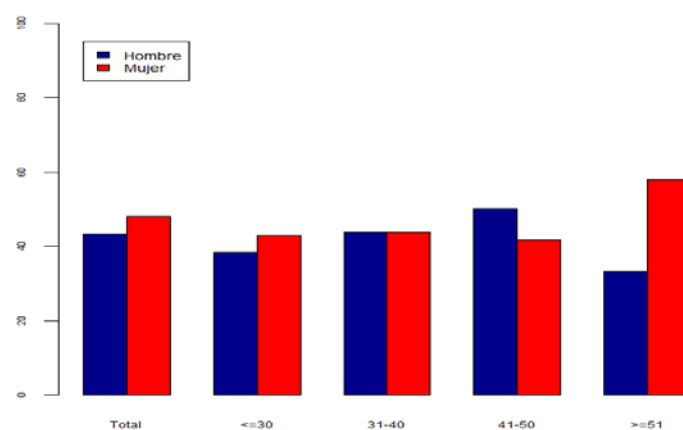


Figura 3. Prevalencia de síndrome metabólico, definición IDF, por edad y sexo



Diversos estudios encuentran que los hombres son menos cumplidores del tratamiento farmacológico (Sellwood y Tarrier, 1994; Smith y cols., 1997).

En este estudio el compromiso de las mujeres con el diagnóstico enfermero Gestión de la propia salud fue mayor que en los hombres. A su vez, las mujeres se comprometieron menos con el cambio de Estilo de vida sedentario. Ver Tabla XIV.

Tabla XIV. Compromiso de los pacientes con cada diagnóstico enfermero, según sexo

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS		Hombres		Mujeres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nutrición en exceso	Algún compromiso	31	41,9	23	42,6	54	42,2
	Moderado compromiso	43	58,1	31	55,6	74	57,8
Gestión de la propia salud	Algún compromiso	43	58,1	24	44,4	67	52,3
	Moderado compromiso	31	41,9	30	57,4	61	47,7
Estilo de vida sedentario	Algún compromiso	37	50,0	33	61,1	70	54,7
	Moderado compromiso	37	50,0	21	38,9	58	45,3
Afrontamiento ineficaz	Algún compromiso	43	58,1	28	51,9	71	55,5
	Moderado compromiso	31	41,9	26	48,1	57	44,5

CONCLUSIONES

- 1.- Las mujeres presentan mayor frecuencia de síndrome metabólico y perímetro abdominal elevado.
- 2.- Las mujeres se comprometen más con el diagnóstico enfermero Gestión ineficaz de la salud y los hombres se comprometen en modificar el Estilo de vida sedentario.
- 3.- El género es una variable a tener en cuenta en los estudios de los pacientes que precisan drogas psicotrópicas para estabilizar su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Bobes, Julio; Arango, Celso; Aranda, Pedro; Carmena, Rafael; García-García, Margarida; Rejas, Javier. CLAMORS Study Collaborative Group (2007): Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: Results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res.* ;90(1-3):162-73.

García-García, E; De la Llata Romero, M; Kaufer-Horwitz, M; Tusié-Luna, MT; Calzada-León, R; Vázquez-Velásquez, V; et al (2009): La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Segunda parte. *Salud Mental [revista en Internet]*; 32(1):79-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100011&lng=es. Consultado: 23/marzo/2016

Gothefors, D; Adolfsson, R; Attvall, S; Erlinge, D; Jarbin, H; Lindström, K; et al (2010): Swedish clinical guidelines. Prevention and management of metabolic risk in patients with severe psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry*;64:294–302

Haack, Sara; Seeringer, Angela; Thürmann, Petra A; Becker, Thomas; Kirchheiner, Julia. (2009): Sex-specific differences in side effects of psychotropic drugs: genes or gender? *Pharmacogenomics.*;10(9):1511-26.

Lewine RRJ (1981): Sex differences in schizophrenia: timing or subtypes? *Psychol Bull*;90:432-44.

- Lewis S (1992): Sex and schizophrenia: Vive la difference. *Br J Psychiatry*;161:445-50.
- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM (2005). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Elsevier Mosby, Madrid.
- Melkersson, KI; Hulting, AL; Rane, AJ (2001): Dose requirement and prolactin elevation of antipsychotics in male and female patients with schizophrenia or related psychoses. *Br J Clin Pharmacol*;51(4):317-24.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E (2008): Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª ed. Elsevier, Mosby. Madrid.
- NANDA.NOC.NIC. Sistema de ayuda en la elaboración de planes de cuidados de enfermería. Disponible en: <http://www.nanda.es>. Consultado: 02/enero/2015.
- Newcomer, JW; Haupt, DW (2006): The metabolic effects of antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*.;51(8):480-91.
- Norlelawati, AT; Kartini, A; Ramli, M; Norsidah, K; Wan Azizi, WS; Tariq, AR (2012): Obesity in multiracial schizophrenia patients receiving outpatient treatment in a regional tertiary hospital in Malaysia. *East Asian Arch Psychiatry*.;22(2):49-56
- Rejas, Javier; Bobes, Julio; Arango, Celso; Aranda, Pedro; Carmena, Rafael; García-García Margarida (2008): Concordance of standard and modified NCEP ATP III criteria for identification of metabolic syndrome in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: A corollary from the CLAMORS study. *Schizophr Res*;99(1-3):23-8.
- Rezaei, O; Khodaie-Ardakani, MR; Mandegar, MH; Dogmehchi, E; Goodarzynejad, H (2009): Prevalence of metabolic syndrome among an Iranian cohort of inpatients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*.;39(4):451-62.
- Sellwood, W; Tarrier, N (1994). Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;29:172-7.
- Smith, TH; Hull, JW; Anthony, DT; Goodman, M; Heydayat-Harris, A; Felger, T; et al. (1997): Post-hospitalization treatment adherence of schizophrenic patients: gender differences in skill acquisition. *Psychiatr Res*;69(23):123-9.
- Usall, Judith (2003): *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*;30(5):276-87.
- Usall J, Ochoa S, Araya S, Gost A, Busquets E; Grupo NEDES (2000): Sintomatología y género en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*.;28:219-23.
- Von Wilmsdorff, M; Bouvier, ML; Henning, U; Schmitt, A; Schneider-Axmann, T; Gaebel, W (2013): The sex-dependent impact of chronic clozapine and haloperidol treatment on characteristics of the metabolic syndrome in a rat model. *Pharmacopsychiatry*. ;46(1):1-9.
- Walker, E; Bettes, BA; Kain, EL; Harvey, P (1985): Relationship of gender and marital status with symptomatology in psychotic patients. *J Abnorm Psychol*;94:42-50.