

SALUT FÍSICA I TRASTORN MENTAL GREU

Autor:

Quintí Foguet i Boreu. Metge de família i Psiquiatra.

Hospital de Campdevàrol i Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol).

Correctors:

Anna Moretó i Sebastià Juncosa

Correspondència:

Quintí Foguet i Boreu

Adreça electrònica: 42292qfb@comb.cat

Publicat: Juliol 2012

Quintí Foguet i Boreu

Salut físic i trastorn mental greu: Butlletí: Vol 30:Iss 2, Article 4.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss2/4>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

El trastorn mental greu (TMG) engloba un conjunt d'entitats nosològiques de naturalesa i presentació clínica ben diverses (bàsicament, inclou els pacients que pateixen esquizofrènia, trastorn esquizoafectiu, trastorn bipolar, però també casos com ara trastorn depressiu major greu, trastorn de personalitat, i altres) que tenen en comú el fet que presenten criteris de gravetat i persistència en el temps, amb tendència al deteriorament i a l'alteració de les relacions personals, familiars i socials de la persona que les pateix ⁽¹⁾. Els pacients amb TMG són particularment vulnerables a multitud de problemes mèdics. En general, entre el 50-90% dels TMG tenen almenys un problema crònic de salut i la proporció de malaltia duplica a la població general, amb l'impacte conseqüent en la seva qualitat de vida ⁽²⁾.

Les taxes de mortalitat en els TMG són 2-3 vegades superiors que la població general, amb una bona part de les morts atribuïbles a malaltia mèdica. Una sèrie de factors de risc explicarien aquest excés, entre els quals cal assenyalar uns estils de vida poc saludables, una mala qualitat en l'atenció mèdica, la pobresa, els mecanismes biològics que inclouen la disregulació entre l'eix hipotàlem-hipofisiari-adrenal i les conseqüències metabòliques adverses dels medicaments psicotròpics ⁽³⁾.

L'expectativa de vida en els malalts amb TMG es redueix de manera dràstica en comparació amb la població general ⁽⁴⁾. L'esperança de vida pot reduir-se una mitjana de 10-15 anys ⁽⁵⁾ i, fins i tot, en pacients esquizofrènics, pot arribar a ser d'uns 25 anys menys. Gairebé 2/3 d'aquesta diferència s'explica per la mort prematura per patologia mèdica. Tenen una proporció més alta de malalties mèdiques, entre les quals destaca l'obesitat, la síndrome metabòlica, la diabetis mellitus, les malalties cardiovasculars i les malalties respiratòries, que es presenten el doble que en la població general ⁽⁶⁾. I també cal remarcar l'alta prevalença d'infecció per HIV que pot incrementar-se fins a vuit vegades més en els TMG.

El funcionament físic i la discapacitat és equiparable a l'observada en la població anciana ⁽⁷⁾. En l'esquizofrènia, alguns autors defensen la hipòtesi de l'envelliment accelerat, és a dir postulen que els canvis fisiològics del cos que s'associen a l'envelliment normal poden aparèixer a una edat més primerenca en aquests pacients que en la població general. Això explicaria en part l'augment de mortalitat d'aquest grup de població ⁽⁸⁾.

La comorbiditat en patologia mental també es mostra incrementada. Així, més d'un 60% pateix problemes d'addicció (entre el més important, l'abús d'alcohol). Aquestes addiccions dificulten l'estabilitat familiar, la laboral i l'adherència al tractament. I presenten més simptomatologia ansiosa i depressiva ⁽⁹⁾. D'altra banda, les taxes de suïcidi són més altes en aquest grup de pacients.

A més a més, les persones amb trastorn mental reben amb menys probabilitat l'atenció deguda en activitats preventives, incloent el cribratge del càncer, el consell antitabàquic i la immunoteràpia ⁽¹⁰⁾.

Tanmateix, la detecció d'aquesta realitat ha fet que s'esmercessin esforços a millorar aquesta problemàtica: recentment, diferents consens internacionals ⁽¹¹⁾ i nacionals han difós guies destinades a millorar la salut física dels pacients amb TMG ^(12,13).

El coneixement i abordatge de la salut física en el malalt amb un trastorn psiquiàtric és indispensable per tal de millorar l'atenció d'aquests pacients. Aquest article revisa amb un enfocament clínic els principals condicionants que afecten aquesta salut i el monitoratge de la salut física en aquests pacients.

Barreres en l'atenció mèdica (2,14)

Les barreres a l'atenció mèdica en els pacients amb TMG poden dependre del pacient i de la seva malaltia, de l'efecte de la medicació, dels factors relacionats amb el psiquiatra o altres professionals de la salut i, per últim, dels factors relacionats amb els sistemes de salut.

a) Factors relacionats amb el pacient i la seva malaltia

-La cerca inadequada de la malaltia física a causa dels símptomes del TMG. En aquest sentit, són pacients que poden tenir impediments en la comunicació, per raó de la dificultat d'identificar i comprendre els símptomes perillosos de la malaltia i d'expressar-ne els símptomes al professional. El pacient esquizofrènic pot presentar dèficits cognitius (bàsicament, dèficits de memòria i concentració) i el pacient bipolar pot tenir dificultats en l'aprenentatge, la memòria i el record. Aquestes mancances poden dificultar la transmissió de les recomanacions i del tractament. Alguns pacients poden tenir la sensibilitat al dolor disminuïda, associada a la medicació psiquiàtrica, i poden no respondre al desconfort i no actuar davant dels símptomes d'alarma com ho faria un pacient no psiquiàtric, per exemple davant d'una angina de pit o d'un infart de miocardi.

-Les dificultats a comprendre els consells de cura de salut o a engegar canvis en els estils de vida a causa dels símptomes psiquiàtrics de la malaltia mental (per exemple, el baix nivell educatiu aconseguit, la reducció de les xarxes socials, la pèrdua de la feina o del suport familiar, la pobresa o un habitatge inadequat).

-La severitat de la malaltia mental: els pacients amb TMG presenten menys visites mèdiques, incongruentment com més severa és la malaltia menys visites mèdiques fan.

-Els factors de risc de la salut i els factors d'estils de vida. Aquest subgrup de pacients presenten sovint conductes poc saludables que es poden resumir en: l'ús de substàncies d'abús (es calcula que més d'un 75% són fumadors), una dieta poc equilibrada, el sedentarisme i les pràctiques sexuals no segures.

-El grau menor de compliment terapèutic. Respecte a la no adherència, en un assaig clínic que comparava antipsicòtics de primera i segona generació, $\frac{3}{4}$ parts dels pacients abandonaven la medicació abans que finalitzés l'estudi. La majoria per decisió pròpia, altres per efectes secundaris, per pèrdua d'eficàcia i altres raons.

-L'estatut d'immigrant o la diversitat cultural i ètnica. Les diferències culturals, la sensació d'exclusió, i barreres concretes com accessibilitat a l'idioma o geogràfiques poden dificultar l'accés a l'atenció sanitària.

-La pèrdua d'habilitats socials i dificultats en la comunicació de necessitats físiques.

b) Factors relacionats amb el tractament

- L'impacte deleteri dels fàrmacs sobre la salut física, desencadenant obesitat, diabetis mellitus tipus 2, malaltia cardiovascular, hiperprolactinèmia, xerostomia, etc.

c) Factors relacionats amb el psiquiatra

-La tendència a centrar l'atenció en l'esfera mental més que en la salut física, amb una exploració física del pacient tant al principi com en el seguiment, infreqüent.

- La comunicació deficitària amb l'atenció primària.

- La consideració de les queixes físiques com a símptomes psicossomàtics i, per tant, sovint no es busca una causa física.

-La qualitat assistencial que els clínics ofereixen als pacients amb TMG esdevé, en alguns casos, dolenta o subòptima.

-La manca de valoració, monitoratge i continuïtat de l'atenció de l'estat de salut física de la gent amb TMG.

-La percepció de les guies clíniques com una amenaça a l'autonomia i, per tant, són poc conegudes o no estan clínicament acceptades.

- La manca de coneixement sobre temes mèdics.

- Les creences errònies sobre el fet que els pacients amb TMG són incapaços d'adoptar estils de vida saludables, que l'augment de pes és principalment un efecte advers dels medicaments, que les medicacions amb menys risc cardíac són menys efectives, etc.

d) Altres factors relacionats amb el metge

- L'estigmatització de la gent que pateix un TMG.

-La interpretació de les queixes físiques com a símptomes somàtics. En aquest sentit, sovint es produeix el fenomen que podríem anomenar "d'etiquetatge del pacient psiquiàtric" pot fer que, una vegada el facultatiu conegui la malaltia psiquiàtrica (l'etiqueta), el professional atribueixi la clínica en el context de l'esfera mental i no tingui en compte altres possibilitats diagnòstiques.

-La qualitat de l'atenció que ofereixen els metges pot ser subòptima o deficitària en els TMG.

-La manca d'avaluació, seguiment i continuïtat en l'atenció de l'estat de la salut física de les persones amb TMG.

- La insuficiència dels equips amb personal o fons per manejar els problemes conductuals i emocionals dels pacients amb TMG.

-La dificultat de coordinar la medicació més mèdica i la psiquiàtrica.

e) Factors relacionats amb els sistemes de salut

-Les barreres en l'atenció mèdica de tipus econòmic: sobretot, la manca de finançament en algunes zones d'atenció somàtica general pels pacients amb TMG

-L'alt cos de l'atenció integrada.

-La manca d'accés a l'atenció sanitària.

-La manca de claredat i de consens sobre qui es responsabilitzarà de la detecció i el maneig dels problemes físics en pacients amb TMG.

-La fragmentació o la separació dels sistemes de salut mental i salut física, així com la pèrdua de serveis integrats.

-La insuficiència de recursos d'atenció en salut mental, fet que ofereix poques oportunitats per als especialistes a que es dediquin a assumptes aliens a la seva especialitat principal.

-La manca de cobertura sanitària. Malgrat que a l'Estat espanyol la cobertura sanitària és universal, darrerament s'observen casos de descobertura sanitària, que afectarien plenament aquest grup de població.

Efectes adversos dels psicofàrmacs

Els efectes secundaris dels fàrmacs (especialment els antipsicòtics) provoquen discapacitat a nivell personal i social. Són, a més, una causa de la mala resposta al tractament i de mala adherència que se'n deriva ⁽¹⁵⁾. Per tant, aquests efectes adversos cal monitoritzar-los de manera rutinària per tal de detectar-los i, si és possible, minimitzar-los.

Els antipsicòtics típics poden provocar efectes adversos de tipus extrapiramidal, incloent-hi la discinèsia tardana. Els antipsicòtics atípics –encara que han millorat molt el perfil d'efectes secundaris extrapiramidals– causen una sèrie d'efectes metabòlics indesitjables, com són el risc de resistència a la insulina, la dislipèmia i la hiperglucèmia. Els mecanismes pels quals aquest grup d'antipsicòtics indueixen obesitat, hiperglicèmia i dislipèmia no són ben coneguts. Es postulen diferents mecanismes entre els quals cal fer notar l'efecte directe dels fàrmacs sobre els receptors centrals, que provoquen un augment de la gana i una disminució de la sacietat ⁽¹⁶⁾, i també un decreixement en l'activitat física. El risc més gran d'efectes metabòlics s'esdevé amb l'olanzapina i la clozapina; en un segon nivell, hi hauria la quetiapina i la risperidona, mentre que els que tenen menys afectació metabòlica són l'aripirazol i la ziprasidona ⁽¹⁷⁾. En la **taula 1** es detallen els efectes secundaris més importants que presenten els diferents antipsicòtics ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Taula 1. Efectes adversos més freqüents dels antipsicòtics (18-20)

Tipus d'antipsicòtic	Efectes secundaris	Actitud
Primera generació	Efectes extrapiramidals (ex: discinèsia, parkinsonisme, distonia)	Reduir la dosi o afegir un agent anticolinèrgic (p.e. biperidè, trihexifenidil)
Clorpromazina Flufenazina Levomepromazina Perfenazina Trifluoperazina Haloperidol Pimozida	Acatàsia	Reduir la dosi o afegir dosis baixes de propranolol (20-80 mg/dia)
	Hiperlipidèmia	En pacients de >40 anys amb risc cardiovascular ≥20%, iniciar una estatina.
	Síndrome metabòlica	Valorar els factors de risc individualment i, en funció del risc cardiovascular, decidir.
	Elevació prolactina	Canviar a un antipsicòtic que no elevi els nivells de prolactina, com ara l'aripirazol o la quetiapina.
	Allargament QT	Els pacients amb un ECG anormal, cal que siguin valorats pel metge que ha prescrit el tractament o, si cal, pel cardiòleg. Interval QT allargat: en homes >450 ms i en dones >470 ms.
Segona generació (atípics)	Augment de pes	S'han de donar consells dietètics a tots els pacients per tal de prevenir l'augment de pes. En pacients amb IMC ≥ 28 o si hi ha qualsevol nivell de sobrepès coincident amb diabetis o altres malalties.
Clozapina Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Amisulpirida Aripirazole	Hiperlipidèmia	En pacients de >40 anys amb risc cardiovascular ≥20%, iniciar una estatina.
	Diabetis /alteracions glucosa	Informació sobre dieta i exercici. Si es diagnostica una diabetis, derivar al centre d'atenció primària perquè en facin el control, educació i tractament.
	Agranulocitosi	Cal realitzar un hemograma anualment o en presència de símptomes.
	Sedació	Pot alleugerir-se disminuint la dosi, canviant a una dosi nocturna o canviant a un antipsicòtic menys sedatiu.
	Disfunció sexual	Cal valorar els nivells de prolactina, ja que fan disminuir la libido i ocasionen disfunció orgàsmica.
	Elevació prolactina	Canviar a un antipsicòtic que no elevi els nivells de prolactina, com ara l'aripirazole o la quetiapina.
	Hipotensió	Disminuir dosis o dividir les dosis o canviar a medicació amb menys efecte antiadrenèrgic.
	Allargament QT	Els pacients amb un ECG anormal, cal que siguin valorats pel metge que ha prescrit el tractament o si cal pel cardiòleg. Interval QT allargat: homes >450 ms i dones >470 ms.
	Efectes anticolinèrgics	Disminuir dosis o dividir-les pot alleujar l'efecte.
	Cataractes	Els pacients amb TMG haurien de ser visitats per l'oftalmòleg cada 2 anys.
	Miocarditis	Caldrà una actuació conjunta amb el cardiòleg.

Alguns antidepressius poden desencadenar una hipertensió arterial (HTA), o bé dificultar-ne el control (la reboxetina, la duloxetina, la venlafaxina, els tricíclics i els inhibidors de la monoaminoxidasa). Altres psicofàrmacs com ara la clozapina, el disulfiram i el liti també poden induir una HTA secundària. Un altre dels efectes secundaris és la disfunció sexual, induïda pels inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS), els antidepressius tricíclics i els antipsicòtics.

La disfunció sexual secundària als ISRS és un dels altres efectes indesitjables. Aquesta disfunció pot millorar si es disminueixen les dosis o es canvien a antidepressius, que tenen menys possibilitat de provocar disfunció sexual (bupropion, mirtazapina, nefazodona i reboxetina); com a alternativa, es pot afegir antagonistes 5HT2 (mirtazapina, mianserina) o co-administrar inhibidors de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, el tadalafilo i el vardenafil) ⁽²¹⁾.

Els efectes dels psicofàrmacs obliguen a fer un esforç en la prevenció de la diabetis mellitus tipus 2 i de les malalties cardiovasculars en aquesta població.

Coordinació Atenció Primària-Salut mental

L'evidència suggereix que és possible millorar la salut física d'aquest grup de malalts. Tanmateix, per aconseguir-ho, cal una acció coordinada entre Atenció Primària i Salut mental que impulsi –si cal, amb solucions imaginatives– una millora de la salut en aquest grup de pacients.

Aquest grup de pacients també pateix la fragmentació en l'atenció. En aquest sentit, les recomanacions són diferents: les guies de l'Associació americana de psiquiatria indiquen que el monitoratge dels efectes metabòlics és responsabilitat del metge prescriptor ⁽²²⁾, mentre que les guies canadenques recomanen que els psiquiatres realitzin els tests d'screening pels problemes metabòlics i, si troben resultats anormals, derivin els casos als metges de família perquè en facin el seguiment ⁽¹⁰⁾. Sembla que el més raonable és que, en cada regió, es consensuï la manera com cal atendre la patologia física del pacient. A tenor de l'estat actual dels serveis sanitaris del nostre país, semblaria que l'actitud més adequada seria que els serveis de salut mental estiguessin organitzats per fer-ne la detecció i, després, si hi hagués resultats anòmals, fossin els metges de família –amb més bagatge en el seguiment de les patologies mèdiques– qui en realitzessin el control i seguiment.

Entre els esculls que caldrà superar, hi ha el d'aconseguir una connexió òptima entre atenció primària-salut mental. Sovint s'observa que aquests pacients no estan ben connectats amb l'atenció primària. Aquesta manca d'arrelament potencia que freqüentment presentin un control pitjor de les malalties cròniques, amb un seguiment d'aquestes molt deficitari. Com a botó de mostra: la prevalença d'infratractament en patologies metabòliques és freqüent, fins al punt que, en un estudi en esquizofrèncics, es va detectar que un 30% no rebien tractament per la diabetis, un 62% per la HTA i un 88% per la hiperlipidèmia ⁽²³⁾.

L'incompliment terapèutic és un altre atzucac. En aquest sentit, més de la meitat dels pacients admeten que no prenen la medicació de manera regular.

Els pacients poden presentar conductes evitatives i àdhuc por, cosa que dificulta l'atenció, malgrat hi hagi una intencionalitat manifesta. L'actitud dels professionals també hi influeix, atès que les experiències negatives viscudes poden condicionar-ne el seguiment.

D'una banda, els professionals de salut mental han d'esmerçar esforços en capacitar-se per a l'abordatge dels principals problemes de salut física dels pacients amb TMG. I, de l'altra, els professionals d'Atenció primària i, en general, d'altres especialitats, han de superar la seva reticència a tractar les persones amb malalties mentals greus. Una acció coordinada entre Salut mental i Atenció Primària esdevé la clau per assegurar una atenció òptima d'aquests malalts ⁽²⁴⁾. Els professionals haurien d'aprendre estratègies efectives d'interactuar i comunicar-se amb aquestes persones ⁽²⁵⁾. Semblaria que no és tant una qüestió dels coneixements i les habilitats, sinó que és sobretot una qüestió d'actituds.

Abordatge de la salut física del pacient amb trastorn mental greu

Els pacients TMG necessiten una avaluació especial dels riscos mèdics crònics i en especial monitoritzar de forma continuada els efectes secundaris de la medicació que reben (**taula 2**).

Taula 2. Avaluació física i cribratge en pacients amb trastorn mental greu (2)

Test	Per la medicació tipus	Notes
Cribratge de rutina per al manteniment de la salut	-	Els pacients tenen més malalties cròniques.
IMC, pes	Antipsicòtics	Al començament i cada 6 mesos.
Glicèmia	Antipsicòtics	Cada 6 mesos primer, després anualment
Perfil lipídic	Antipsicòtics	Cada 6 mesos, si és anòmal
Electrocardiograma	Antipsicòtics	Especialment, si malaltia cardíaca, allargament del QT, síncope, història familiar de mort sobtada, i després del primer tractament amb tioridazina, mesoridazina, pimozida o ziprasidona.
Història personal/familiar d'obesitat, diabetis, HTA, malaltia cardiovascular, dislipèmia	Antipsicòtics	Al començament
Examen regular dels ulls	Antipsicòtics associats amb cataractes	Clorpromazina, quetiapina.
Nivells de prolactina	Antipsicòtics que afecten la prolactina	Si hi ha canvis en la libido, erecció o ejaculació.
Hemograma complet	Alguns estabilitzadors de l'estat d'ànim, antipsicòtics	Valproat, carbamazepina i clozapina*.
Funció tiroïdal (TSH)	Alguns estabilitzadors de l'estat d'ànim	Liti
Funció renal	Alguns estabilitzadors de l'estat d'ànim	Liti
Funció hepàtica	Alguns estabilitzadors de l'estat d'ànim	Valproat, carbamazepina
Hepatitis B, C, HIV, tuberculosi, sífilis (VDRL)	-	Si hi ha conductes de risc, exposició o convivents
Metalls pesants, proves d'imatge (TAC o RMN), avaluació de convulsions (EEG), toxicologia, serologies infeccioses, TSH	-	Quan sigui apropiat per cercar altres causes mèdiques de símptomes psiquiàtrics

*Nota: a l'Estat espanyol, segons fitxa tècnica: setmanalment durant les primeres 18 setmanes i una vegada cada 4 setmanes després.

Cal encoratjar els pacients a mantenir o adquirir estils de vida saludables, especialment pel que fa a la dieta i a l'exercici físic. Cal evitar, també, que el professional assumeixi que l'abstinència al tabac és una quimera: cal estimular-los a deixar l'hàbit de forma proactiva. Si bé és cert que hi ha dades que suggereixen que, en aquest grup de pacients, és més difícil aconseguir-ho, és important de mantenir un actitud activa per estimular al cessament de l'hàbit de fumar. Algunes evidències suggereixen que les intervencions de promoció del cessament d'aquest hàbit són més efectives quan van acompanyades d'un tractament farmacològic ⁽²⁶⁾. Caldrà, doncs, valorar conjuntament amb el psiquiatra respecte a la possibilitat d'aconseguir la deshabituació tabàquica amb fàrmacs.

Les activitats preventives en aquest grup de població s'han implementar, si escau, amb la mateixa intensitat que la resta d'individus. El monitoratge de la salut física amb una periodicitat anual és recomanable en aquest grup de població ⁽¹⁵⁾. Una iniciativa anglosaxona ha realitzat una protocol·lització de la salut física en el malalt amb TMG, aplicable amb el lideratge d'infermeres d'atenció primària, que podria extrapolar-se a les nostres consultes **(taula 3)** ⁽²⁰⁾.

Un altre aspecte és el tracte que es dispensa al pacient. És important un tractament respectuós, que eviti un registre excessivament amistós o infantil. D'altra banda, quan, en la visita, el pacient vagi acompanyat, convé evitar excloure'l de l'atenció. El fet que vagi acompanyat és de gran ajuda al professional, però sovint fa que el professional centri l'atenció en l'acompanyant i deixi de banda el pacient. Una de les queixes que fan els pacients és que se'ls ignora o no se'ls té en consideració. Durant la visita, caldrà proporcionar elements facilitadors com ara subministrar instruccions per escrit, recordatoris en forma de notes o àdhuc trucades telefòniques.

I, naturalment, caldrà sensibilitat en altres aspectes que no són purament mèdics. Així, per exemple, pot millorar el vincle terapèutic el fet que el professional s'interessi per la problemàtica del dia a dia i, si cal, orienti als serveis d'assistència social que permetin al pacient entrar en programes d'ajuda per a costejar els medicaments, per a obtenir la Renda mínima d'inserció, d'incapacitats, etc.

Taula 3. Llistat de verificació del pla d'avaluació física i cribatge dels pacients amb trastorn mental greu

Intervenció	Acció recomanada
IMC	Oferir consell dietètic a tots els pacients per prevenir el guany de pes. Una guia sobre la manera com perdre pes, cal donar-la en pacients amb IMC \geq 28 o també en sobrepès acompanyant a altra patologia (p.e. diabetis).
Perímetre abdominal (PAb)	Mesurar el PAb. Aquells pacients amb un PAb \geq 80 cm (dones) / \geq 94 cm (homes). Intercanviar informació sobre dieta (per exemple, planificació dels menjars) i exercici. Considerar derivació.
Freqüència cardíaca	Valorar el pols anualment. Si és elevat realitzar un ECG. Considerar un ECG per tots els pacients que prenen antipsi-còtics. Els pacients amb un ECG anormal, derivar a cardiòleg o metge prescriptor.
Pressió arterial (PA)	Els pacients amb PA \geq 140/90 mmHg, aportar informació sobre pèrdua de pes/exercici (si sobrepès), millora en la dieta i reducció de la ingesta d'alcohol i de sal. Si PA persistentment elevades derivar a MF.
Temperatura	Cercar signes d'infecció o tractar, si cal. Preguntar per abandonament del consum d'alcohol, presa de drogues. Tem-peratures altes amb fluctuació de la PA i/o distonia, valorar possible síndrome neurolèptica maligna i, si es sospita, derivar a urgències.
Proves sanguínies	
Funció hepàtica	Realitzar unes proves de funció hepàtica cada 12 mesos. Si estan alterades; repetir als 6 mesos, valorar ingesta d'al-cohol i reduir-la, si fos el cas, intercanviar informació sobre diabetis i control de pes. Si persistentment altes després de 6 mesos, derivar a l'especialista. Segons nivells, valorar derivació urgències.
Lípids	Determinar els nivells de colesterol anualment. Si és elevat, demanar un perfil lipídic. Aportar informació sobre dieta i exercici. En prevenció primària: considerar tractament amb estatinen en pacients >40 anys amb un RCV \geq 20%.
Glucosa	Una glicèmia anualment. Si es diagnostica una diabetis, cal derivar a atenció primària.
Prolactina (PRL)	Cal determinar PRL si es prescriuen antipsi-còtics que poden augmentar-la. Determinació anual. Si està < 50 ng/mL, monitoritzar els nivells, si persisteixen alts > 3 mesos, sobretot si acompanyat d'amenorrea, reduir dosis o canviar l'antipsi-còtic. Si és >50 ng/mL, canviar antipsi-còtic i si >150 ng/ml, derivar endocrí (prolactinoma).
Urea, electròlits i calci	Determinar la urea i electròlits i calci anualment o si hi ha símptomes. Cada 6 mesos en pacients amb tractament amb liti.
Funció tiroïdal	Determinar cada any o si hi ha símptomes. En pacients amb tractament amb liti cada 6 mesos.
Hemograma	Cada any o si hi ha símptomes.
B12 i folats	Cada any o si hi ha símptomes.
Nivells de fàrmacs en sang	
Liti	Monitorar els nivells de liti cada 3 mesos.
Carbamazepina	Considerar monitorar els nivells de carbamazepina cada any.
Valproat	Considerar el monitoratge dels nivells d'àcid valproic cada any.
Screening	
Citologia cervical (dona)	Determinar la història de citologia cervical (Recomanacions: <25 anys: no screening; 25-49 anys – cada 3 anys; 50-64 anys – cada 5 anys, \geq 65, si no s'ha fet cap screening des dels 50 anys derivar a ginecologia).
Examen testicular (home)	Donar informació sobre l'autoexamen (per exemple amb un díptic). Si es notés alguna anomalia, que consulti al MF.
Dents	Animar a una higiene oral adequada. Valorar l'estat dental periòdicament (cada 3 mesos o cada 2 anys depenent de l'estat inicial). Encoratjar-los a visites regulars al dentista.
Ulls	Els pacients amb TMG, se'ls ha d'animar a que consultin l'oftalmòleg cada 2 anys.
Peus	Aportar informació de la manera com mantenir els peus saludables (rentat diari, cura de les ungles, cremades, talls, pell, etc). Els pacients amb diabetis, artrosi, etc., cal que visitin el podòleg regularment.
Examen dels pits (dona)	5 punts que cal tenir en compte: conèixer el que és normal, quins canvis cal cercar o notar. Si nota canvis que consulti amb el seu MF. Controls rutinaris mamografia a partir 50 anys. Preguntar per història personal o familiar de càncer de mama. Determinar PRL.
Examen dels pits (home)	Reconeixement sistemàtic dels factors de risc per càncer de mama. Indicar símptomes/signes alarma (dolor, secreció, ulceració). Determinar PRL.
Cicle menstrual	Preguntar per amenorrea. Oferir anticoncepció oral.
Orina	Valorar signes de deshidratació. Clínica miccional.
Intestins	Informar de l'augment de l'activitat física, disminució alcohol i dieta sana. Interrogar si símptomes d'intestí irritable, diarrea, estrenyiment o sagnat. Si símptomes sospitosos, valorar endoscòpia.

Estils Vida	
Son	Valorar problemes en el son. Donar pautes d'hàbits. Considerar revisar la medicació.
Tabac	Donar consell antitabac, valorar símptomes respiratoris. Si accepta, plantejar deshabitució. El tabac disminueix els nivells d'alguns antipsicòtics. Si aturen el consum, revisar medicació. Plantejar tractament deshabitució (nicotina, bupropió, vareniclina), conjuntament amb el psiquiatra referent.
Exercici	Identificar els pacients sedentaris. Recomanar exercici (30 minuts 5 dies a la setmana).
Ingesta alcohol	Si ingesta de risc. Intervenció especialitzada.
Dieta	Implementar pla dietètic, si és possible. Explicar la necessitat de 5 porcions de fruites/vegetals al dia i reduir la ingesta de greixos. Abordar els possibles obstacles (accés als vegetals i fruita fresca), conscienciant dels beneficis de la salut i l'actitud cap a la compra i preparació d'aquests aliments saludables.
Ingesta líquida	Determinar la ingesta líquida diària. Si <1 litre al dia. Valorar estat de deshidratació. Animar a ingesta líquids, almenys uns 1-2 litres (6-8 gots) al dia. Aportar informació com ingerir més líquids. Si > 3 litres /dia, plantejar polidipsia i deriva MF.
Ingesta de cafè	Informar sobre com reduir ingesta de cafè (reducció progressiva per evitar abstinència).
Seguretat en el sexe	Identificar pacients amb conductes de risc. Informació de les MTS i si cal derivació MF per estudi.
Satisfacció sexual	Determinar el nivell d'activitat sexual, valorar derivació ginecòleg. Si disminució libido determinar PRL.
Cànnabis	Preguntar sobre ús de substàncies com el cànnabis.
Revisió medicació	
Antipsicòtics	Determinar si hi ha efectes adversos simptomàtics o per exploració.
Estabilitzadors de l'estat d'ànim	
Liti	Determinació funció tiroïdal, urea i electròlits i calci cada 6 mesos. Nivell de liti cada 3 mesos.
Carbamazepina	Monitoritzar anualment els nivells i també un hemograma anual.
Valproat	Recomanacions per evitar estrenyiment. Advertir que si presenta blaus o sagna amb facilitat ,deixi de prendre el valproat i consulti al MF. Nivells de valproat anuals i hemograma.
Altres	
Pla d'atenció	Valorar estat actual d'atenció i si cal, suport social, recursos de salut mental especialitzada, instruir sobre signes de recaiguda i estat ocupacional.
Vacunació antigripal	Oferir la vacunació antigripal anual.
Seguiment	Contactar amb el pacient o el cuidador per telèfon, recordatoris sobre visites mèdiques, coordinar-se amb atenció especialitzada.

Adaptada de cita bibliogràfica núm. 20.

IMC: Índex de massa corporal. ECG: Electrocardiograma. RCV: Risc cardiovascular. MF: Metge de família. MTS: Malalties de transmissió sexual.

Disponible a: http://www.changingmindscentre.co.uk/resources//HIP-C_2nd_ed%5B1%5D.pdf

CONCLUSIONS

L'augment de la morbiditat i la mortalitat a causa de malalties físiques en els pacients psiquiàtrics ha fet que hi hagués un interès creixent en aquest tema, tal com es veu reflectit en la literatura científica. Les accions a emprendre no només han de permetre sensibilitzar del problema els professionals de la salut mental, metges d'atenció primària i d'altres àmbits, sinó també els pacients i familiars ⁽²⁷⁾.

La major susceptibilitat als factors de risc cardiovascular i la major prevalença de comorbiditat mèdica fan que s'hagin de tenir una cura especial de la salut física d'aquest grup de població.

La major coordinació entre els professionals de salut mental i la primària hauria de permetre d'optimitzar l'atenció ambulatoria d'aquest grup de població, el qual, per la seva vulnerabilitat, necessita que el model d'atenció biopsicosocial no sigui una entelèquia sinó una realitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Consell assessor sobre assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos. Quaderns de Salut Mental 1. Generalitat de Catalunya, 2003.
2. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. [Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference.](#) J Fam Pract. 2008; 57: 515- 525.
3. Druss BG, Bornemann TH. Improving health and health care for persons with serious mental illness: the window for US federal policy change. JAMA. 2010; 303(19):1972-3.
4. Gray R, Hardy S, Anderson K. Physical health and severe mental illness: If we don't do something about it, who will? Int J Ment Health Nurs. 2009; 18 (5):299-300.
5. Disability Rights Commission. Equal Treatment: Closing the Gap. Stratford Upon Avon, 2006.
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10:52-77.
7. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. [Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference.](#) J Fam Pract. 2008; 57: 515- 525.
8. Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E, Bowie CR. ¿Es la esquizofrenia un síndrome de envejecimiento acelerado? Schizophrenia Bulletin (Ed Esp). 2009;5 (4):127-135.
9. Morden NE, Mistler LA, Weeks WB, Bartels SJ. Health care for patients with serious mental illness: family medicine's role. J Am Board Fam Med. 2009;22(2):187-95.
10. Kiraly B, Gunning K, Leiser J. [Primary care issues in patients with mental illness.](#) Am Fam Physician. 2008;78(3):355-62.
11. Heald A, Montejó AL, Millar H, De Hert M, McCrae J, Correll CU. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. Eur Psychiatry. 2010;25 (S2): S41-S45.
12. Saiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla M P. Grupo de trabajo sobre la salud física del paciente con esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36 (5): 251-264.
13. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2008;1:26-37
14. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry. 2011;10:138-151.

15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: Core Intervention in the treatment and management of Schizophrenia in adults in primary and secondary care (update edition). London: National Collaborating Centre for Mental Health (UK); 2009. NICE Clinical Guidelines No.82. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf>
16. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs*. 2005;19:1-93.
17. Rojas G P, Poblete A C, Orellana G X, Rouliez A K, Liberman G C. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. *Rev Med Chil*. 2009;137(1):106-14.
18. Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. *Am Fam Physician*. 2010;81(5):617-22.
19. Uçok A, Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview. *World Psychiatry*. 2008;7(1):58-62.
20. Hardy S, Gray R. Primary Care Physical Health Checks for people with Severe Mental Illness (SMI) – Best Practice Guide. The Health Improvement Profile for Primary Care (HIP-PC). 2d edition. NHS Northamptonshire, University of East Anglia; 2011.
21. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med*. 2008;29:89-106.
22. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al., for the American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2 suppl):1-56.
23. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res*. 2006;86:15-22.
24. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*. 2009;35(4):330-9.
25. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. [Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study](#). *BMJ*. 2005;330(7500):1122.
26. Chacón F, Mora F, Gervás-Ríos A, Gilaberte I. Efficacy of lifestyle interventions in physical health management of patients with severe mental illness. *Annals of General Psychiatry*. 2011, 10:22
27. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009; 8(1):1-2.