

**PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN
Y MANEJO DE LA SALUD FÍSICA
EN PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE EN UNIDADES DE
REHABILITACIÓN DE SALUD
MENTAL DE ADULTOS**

Edita: Servicio Murciano de Salud

Año: 2016

Depósito legal: MU 281-2016

ISBN: 978-84-608-2056-7

Autores

- García Martínez de Estarrona Aitziber, enfermera Unidad de Rehabilitación de Cartagena.
- Díaz García Isidora, enfermera Unidad de Rehabilitación de Lorca.
- Sánchez Carreño Cruz, enfermera Unidad de Rehabilitación de San Andrés.
- García Pérez M^a Carmen, enfermera Unidad de Rehabilitación de San Andrés.
- López García Esther, enfermera Unidad de Rehabilitación de Caravaca.
- López Espejo Silvia, enfermera Unidad de Rehabilitación de Caravaca.
- Pujalte Martínez M^a Luisa, enfermera Unidad de Docencia. Investigación y Formación de Salud Mental, Murcia.
- Martín García-Sancho Julio C., Jefe de Servicio de Programas Asistenciales de Salud Mental, Murcia.

Revisión externa:

- Dirección General de Asistencia Sanitaria: Josefina Marín López.
josefa.marin3@carm.es
- Centro de documentación de la Consejería de Sanidad de Murcia.
dolores.castillo2@carm.es
- Colegio Oficial de Enfermería de Murcia enfermeria@enfermeriademurcia.org
- AEN Murcia aen@aen.es
- Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental anesm1@gmail.com
- Sociedad murciana de Enfermería Familiar y Comunitaria.
secretariatecnicaseapremur@gmail.com
- FEAFES info@feafesmurcia.com
- SEMERGEN Murcia secretaria@semergen.es

AGRADECIMIENTOS

Gracias por compartir su interés, motivación y trabajo especialmente a Cristina Banacloig Delgado que estuvo en el nacimiento de este proyecto hace 4 años, a Juana María Mateo Castejón por aportar sus conocimientos al mantenimiento e investigación del mismo, a Marian Pedreño Aznar por su guía a la hora de elaborar el plan de cuidados de enfermería, al resto de enfermeras/os y residentes de salud mental que pasaron por la URA de Cartagena que han contribuido a mantener la ilusión por mejorar la calidad de vida de los usuarios, al resto del equipo de la unidad por apoyar y valorar nuestro trabajo y a los propios pacientes que desde el principio confiaron plenamente.

Especial mención a Julio César Martín y María Luisa Pujalte, ya que sin su guía, dedicación y apoyo, este protocolo no hubiera sido posible.

INDICE

1. PRÓLOGO.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	9
3. OBJETIVOS.....	19
3.1.-OBJETIVO GENERAL.....	19
3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4. POBLACIÓN DIANA.....	20
4.1-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
4.2-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
5. ACTIVIDAD A REALIZAR.....	21
6. RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	22
7. PLAN DE ACTUACIÓN.....	28
7-1. TABACO.....	29
7.2. TENSIÓN ARTERIAL.....	30
7.3. OBESIDAD.....	31
8. RECURSOS.....	37
8.1 RECURSOS HUMANOS.....	37
8.2 RECURSOS MATERIALES.....	37
9. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.....	38
10. SISTEMA DE REGISTRO.....	39
11. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.....	41
12. BIBLIOGRAFÍA.....	42
13. ANEXOS.....	47
ANEXO I DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	49
ANEXO II POBLACIÓN DIANA DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN... ..	50
ANEXO III NOTA INFORMATIVA.....	51
ANEXO IV DOCUMENTO DE INTERCONSULTA CON AP.....	52
ANEXO V ESCALA FINDRISK.....	53
Tabla 1. Clasificación de TA según la Sociedad Europea de Cardiología ¹⁷	24
Tabla 2. Clasificación de la frecuencia cardiaca (FC) ²⁰	24
Tabla 3. Clasificación Índice Masa Corporal (IMC) según la OMS ²¹	25
Tabla 4. Punto de corte para valorar RCV por perímetro abdominal de riesgo ¹⁸	25
Tabla 5. Clasificación Glucemia en ayunas.....	25
Tabla 6. Clasificación de los niveles de colesterol.....	25
Tabla 7. Criterios para diagnóstico Síndrome Metabólico.....	26
Tabla 8. Tabaco.....	29
Tabla 9. Tensión arterial.....	30
Tabla 10. Obesidad.....	31
Tabla 11. Diabetes.....	32
Tabla 12. Colesterol y Triglicéridos.....	33
Tabla 13. Síndrome metabólico.....	34
Tabla 14. Definición del TMG.....	49

1. PRÓLOGO

Es frecuente que las personas que padecen TMG sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos, a efectos de la medicación, estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo o desequilibrios nutricionales, y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, el tabaquismo o la obesidad. En los últimos años muchos estudios han resaltado la importancia de atender la salud física en personas con esquizofrenia, ya que presentan una mortalidad por complicaciones cardiovasculares de 2 a 4 veces mayor que la población general.

Las enfermeras que trabajan en los recursos de SM han demostrado una trayectoria profesional en constante evolución, manifestando el deseo de mejora continua de su profesión para proporcionar los mejores cuidados a los pacientes. Para ello siempre han participado activamente en la elaboración de las diferentes guías y protocolos de salud mental elaborados en nuestra Región.

La detección precoz y una atención continuada a las personas con TMG idealmente debería ofrecerse en los programas específicos que los centros de Atención Primaria tienen diseñados para este fin, como son los de hipertensión, obesidad o diabetes. Algunas de las personas con TMG se niegan a acudir a su centro de salud, aunque continúan asistiendo a su CSM o Unidad de Rehabilitación, lo que permite ayudarles a tomar conciencia de la importancia de los autocuidados, incluyendo los de su propia salud física.

En el año 2009 la entonces Subdirección de Salud Mental elaboró una guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental con el fin de unificar la atención y proporcionar las intervenciones basadas en las mejores evidencias disponibles. Posteriormente el proyecto "Intégrame" tenía como

uno de sus principales objetivos mejorar la continuidad de los cuidados de las personas con Esquizofrenia, optimizando la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

En este sentido, este protocolo supone una herramienta tanto para disminuir la variabilidad de la asistencia, como para mejorar la detección y seguimiento de la salud física de los usuarios de las unidades de rehabilitación de adultos de la Región de Murcia. El hecho de monitorizar ciertos parámetros de la salud física como plantea el protocolo, consigue que se mejoren los hábitos de vida saludable.

Desde la Subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad nos sigue pareciendo fundamental seguir avanzando por un lado en la unificación de la asistencia en nuestra Región y por otro en el desarrollo de modelos de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental que favorezcan la continuidad de cuidados de los usuarios.

Carlos Giriget Muñoz
Subdirector de Programas, Innovación y Cronicidad
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Murciano de Salud
Consejería de Sanidad
CCAA Murcia

2. INTRODUCCIÓN

El grupo de trabajo que elabora el protocolo está constituido por enfermeras de todas las unidades de rehabilitación psicosocial de la red de salud mental de Murcia dependientes de la antigua Subdirección General de Salud Mental. Siempre que fue posible se utilizaron guías o protocolos basados en la evidencia. Cuando no se encontró evidencia, las decisiones fueron tomadas por consenso dentro del grupo de trabajo.

Ninguna de las integrantes del grupo manifestó tener conflicto de interés para el desarrollo de dicho protocolo.

La atención a las personas con trastorno mental en nuestra CA, siguen las recomendaciones, recogidas de las Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006: *“La atención a las personas con trastorno mental, se desarrollara mediante un atención integral, con un modelo biopsicosocial de base comunitaria y una práctica asistencial justificada por evidencias científicas existentes o en pruebas aceptadas por la comunidad internacional”*.

En la Línea Estratégica 2, cita los principios básicos del modelo comunitario (modelo asumido en nuestra CA):

- ✓ *Autonomía*: Capacidad del sistema para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- ✓ *Continuidad* asistencial: Capacidad de la red para proporcionar *tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente* a lo largo de la vida, y coherentemente entre los servicios que la componen.
- ✓ *Accesibilidad*: Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familias cuando y donde la necesiten.

- ✓ **Comprensividad:** Fomentando el reconocimiento y la efectividad del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental, lo que supone el *reconocimiento de la rehabilitación como actividad sanitaria*.
- ✓ **Equidad:** En la distribución de recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población
- ✓ **Recuperación personal:** En el caso de un episodio psicótico la recuperación implicaría por un lado, la atención a los aspectos clínicos de la enfermedad y por otro, la atención dirigida a superar en la medida de lo posible los efectos de la misma.
- ✓ **Responsabilidad:** de las instituciones sanitarias frente a los pacientes, sus familias y la comunidad.
- ✓ **Calidad:** Implica la utilización de procedimientos basados en evidencias científicas, lo que supone para los usuarios lograr resultados positivos; para los profesionales, hacer mejor uso de los conocimientos actualizados.

En las unidades de rehabilitación de adultos (URAs) se atienden personas con trastorno mental grave (TMG). Este trastorno incluye los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y los trastornos graves de la personalidad (anexo I). Para su diagnóstico se siguen los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) que incluye:

- ✓ Trastornos Psicóticos (F.20 a F.22; F. 24, F25; F.28)
- ✓ Trastorno bipolar (F.31)
- ✓ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F.32.3)
- ✓ Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F.33.3)

- ✓ Trastornos de Personalidad (F.60), que conlleven una afectación grave en el funcionamiento y competencia laboral, social, personal y/o familiar. Se excluyen aquellos casos que, por su psicopatología, interfieran de manera clara, en la dinámica y funcionamiento de los programas de Rehabilitación de la Unidad, como por ejemplo: Conductas auto y heteroagresivas peligrosas o Impulsividad grave con dificultad para aceptar límites y normas básicas de funcionamiento y convivencia,

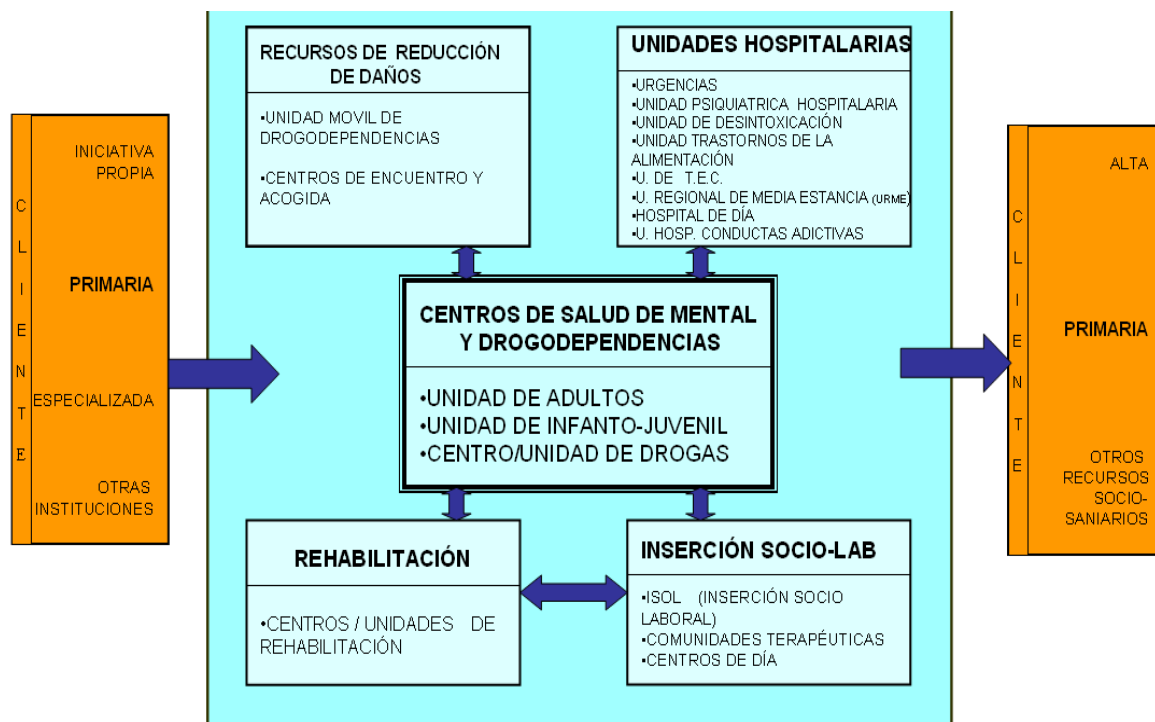
Además del diagnóstico, la definición de trastorno mental grave (TMG) requiere una duración prolongada y que conlleve un grado variable de discapacidad y de disfunción social¹. Por eso requiere una atención integral de tratamientos biológicos, psicológicos y sociales, así como rehabilitación, cuidados y apoyo continuado en el tiempo².

El tratamiento inicial normalmente se proporciona en su centro de salud mental (CSM) de referencia, para este tratamiento precisa la colaboración de diferentes profesiones y disciplinas, así como la utilización de múltiples recursos sanitarios y sociales, para poder decidir sobre la mejor atención posible para estos usuarios y dar respuesta a las necesidades del mismo y su familia.

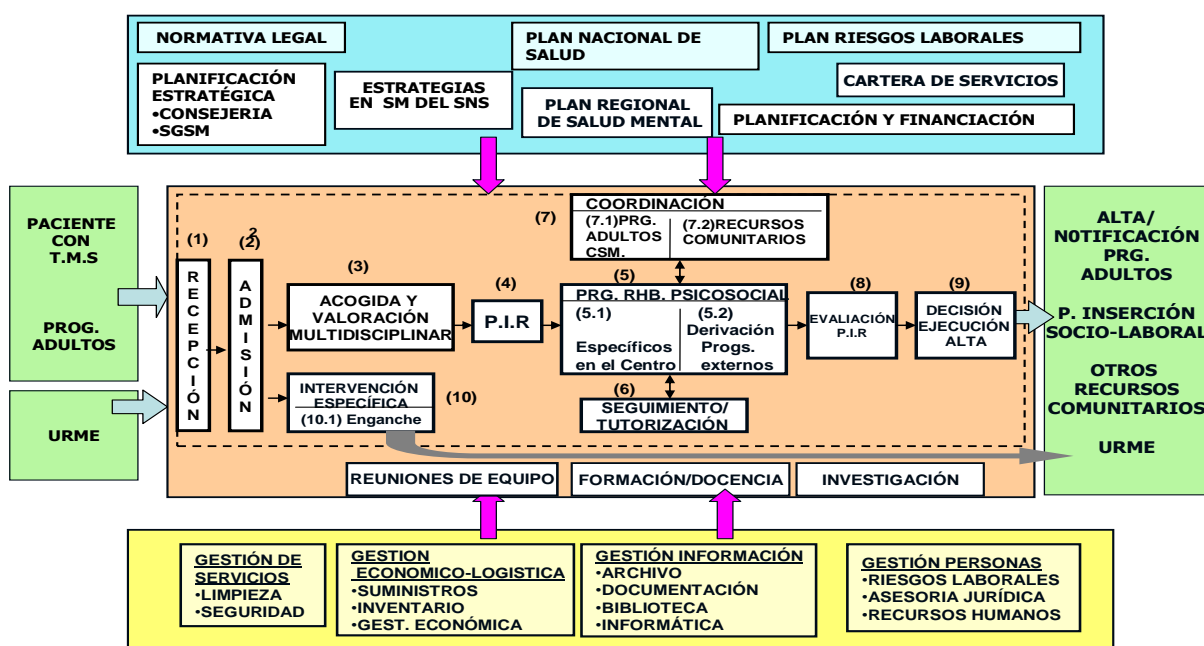
La mayor parte de los usuarios que padecen un TMG alternan episodios agudos con fases estables de remisión total o parcial y con frecuentes síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad habitualmente es de tipo crónico y solo en caso de descompensación que no pueda ser tratada de forma ambulatoria/comunitaria puede requerir ser derivado para un ingreso puntual en una Unidad de Agudos de Hospitalización Breve, hasta conseguir la mejoría suficiente para volver a seguir su tratamiento y revisiones en su CSM.

Otra opción de derivación es a una unidad de rehabilitación de adultos (unidad a la que está dirigido este protocolo), cuyo objetivo general es conseguir, de manera individualizada, el mayor nivel posible de autonomía funcional, de integración en la comunidad y modificar o prevenir el deterioro psicosocial grave de los mismos. Podemos verlo gráficamente en los mapas de procesos mostrados a continuación:

Mapa del proceso operativo de atención a la salud mental



Mapa del proceso de la unidad de rehabilitación de adultos



Teniendo en cuenta que la enfermedad mental grave se concibe en la actualidad como una enfermedad multidimensional, los modelos de rehabilitación tratan de abordar el tratamiento de la misma desde una perspectiva biopsicosocial para mejorar la calidad de vida de las personas y una dimensión muy importante es el cuidado de la salud física..Las personas con TMG mueren de las mismas enfermedades que la población general pero con una esperanza de vida menor³.

Para comprender mejor la magnitud del problema, la World Psychiatric Association (WPA), dentro de su plan de acción 2008-2011, realizó una búsqueda bibliográfica (años 1996 a 2010) con cuyos datos se elaboraron dos últimos documentos educativos disponibles sobre la prevalencia, causas y tratamiento de las enfermedades físicas en personas con TMG destacando los siguientes datos^{3,4}:

1. Se analizan las posibles causas de dicho aumento de morbilidad:

- La propia enfermedad, que se ha relacionado con diversas patologías físicas y síntomas asociados a la misma, como la falta de adherencia al tratamiento y un estilo de vida no saludable.
 - El tratamiento psicofarmacológico y los efectos secundarios.
 - Los profesionales de salud mental no habituados a detectar y tratar patologías físicas, tienden a focalizar su atención en lo mental antes que en lo físico.
 - Un menor acceso al sistema sanitario, en el cual no está claro quien es el responsable de detectar y manejar problemas físicos en personas con TMG debido a una falta de integración de servicios. En Atención Primaria se observa que se les ofrece menos cuidados que a la población general y en Salud Mental quizás no siempre se presta la suficiente atención a estos problemas de salud física⁵.
2. A nivel epidemiológico se ha observado que las personas con TMG tienen una elevada mortalidad, siendo de dos a tres veces mayor que la población general. También disminuye la expectativa de vida de 13 a 30 años, incluso en los países con sistemas sanitarios de calidad, con una mortandad en los 50 años en lugar de los 70 años. Alrededor de un 60% de dicha sobremortalidad es debida a enfermedades físicas^{3,4}. En cuanto a morbimortalidad, las personas con TMG son propensas a muchos problemas de salud física diferentes, siendo más frecuentes que en la población general^{3,4}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio de 2009 a nivel mundial en diferentes países de ingresos bajos, medios y altos determina que los riesgos para la salud física globales son: HTA (siendo responsable de un 13% de

las muertes), el tabaquismo (un 9%), la glucosa elevada (un 6%), el sedentarismo (un 6%), la obesidad (un 5%) y la dislipemia (un 5%)⁶.

Las personas con TMG (en especial con esquizofrenia) presentan un porcentaje más elevado de riesgo que la población general en todos los factores mencionados anteriormente, deberían recibir monitorización regular y un tratamiento adecuado para dichos factores ^{3,7,8,9,10,11}. Dentro de las enfermedades físicas más frecuentes que padecen las personas con TMG, cabe destacar por su importancia (con pruebas muy convincentes del incremento del riesgo³), las enfermedades cardiovasculares como el ACV (accidente cerebro vascular), IAM (Infarto Agudo Miocardio) y la HTA (Hipertensión Arterial); y las enfermedades nutricionales y metabólicas como la obesidad, diabetes mellitus, el síndrome metabólico y la hiperlipidemia.

En la última década, la salud física de las personas con TMG ha suscitado gran interés en el mundo de la salud mental, realizándose numerosos estudios al respecto, así como esfuerzos encaminados a mejorar la monitorización y manejo de salud de los enfermos mentales. Para ello, se han publicado varias recomendaciones genéricas y específicas tanto nacionales como internacionales ^{5,12,}

La Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica publicaron en 2008 un protocolo de monitorización de la salud física para la esquizofrenia¹², que trata de dar respuesta a los problemas expuestos.

El Equipo de Enfermería de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena, basándose en dicho protocolo, inició en Octubre de 2011 un programa de cribado, pilotado con usuarios de la Unidad, con el fin de establecer un protocolo

de monitorización y control periódico de la salud física de los mismos (basal, 6 meses, 12 meses y así sucesivamente).

Tras la fase inicial (Octubre 2011-Abril 2012), se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de los usuarios de la unidad (126 usuarios)¹³.¹⁴ Se recogieron variables sociodemográficas, de diagnóstico y de salud (tabaquismo, tensión arterial, frecuencia cardiaca, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, glucemia y perfil lipídico). Las variables de salud, a su vez, se clasificaron en variables de riesgo/no riesgo según el resultado obtenido y utilizando las clasificaciones internacionales existentes: criterios diagnósticos para enfermedades físicas y tablas de riesgo cardiovascular (RCV): REGICOR, SCORE y DORICA. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Al inicio del estudio, se hacía un seguimiento de cuidados de enfermería en el 45,7% de los usuarios. Con la instauración del programa aumentó al 81,7%.
- El perfil de usuario que acude a la unidad es: hombre (66,7%), edad media de 40 años y con diagnóstico de esquizofrenia (61,1%).
- El perfil de salud es: fumador (61%); normotenso (81,6%); RCV (50,5%); obesidad (50,5%); perímetro abdominal de riesgo (68%); glucemia elevada (43,7%); colesterol total, LDL y triglicéridos elevados (aproximadamente 38%) y cifras bajas de HDL (90,3%).
- Un 54% de usuarios presentan criterios diagnósticos de síndrome metabólico.
- Un 57% de usuarios presentan puntuaciones elevadas de RCV según la tabla DORICA, la cual utiliza para el cálculo de su puntuación las variables de RCV que se incluyen habitualmente en otras tablas como la de SCORE

(tabaquismo, colesterol total y tensión arterial sistólica) y otras variables de RCV como son la diabetes, el colesterol HDL y la tensión diastólica. Además, esta tabla se puede utilizar con un rango de edad más amplio (25 a 64 años).

Con esta monitorización, se observa que aumenta la detección de patologías físicas desconocidas hasta ese momento por el propio usuario y esto permite formar grupos terapéuticos con problemas de salud físicos similares. También permite monitorizar a cada usuario de una forma útil y sencilla, permitiendo valorar su evolución a medio y largo plazo.

A los 24 meses del inicio del protocolo en la unidad, se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal y prospectivo de las variables de IMC y de RCV según la tabla DORICA, donde se observa una tendencia de los usuarios a disminuir de forma significativa tanto el peso como los factores de riesgo cardiovascular.

Además, se ha podido comprobar que la utilización de las diversas clasificaciones de riesgo y/o las tablas de RCV, permiten mostrar al usuario su estado basal, fomentar el interés y el cuidado de su salud física y mostrarle su evolución en el tiempo.

Así mismo, la detección precoz de factores de riesgo y enfermedades físicas ha permitido realizar cuidados específicos como educación para la salud (tanto individual como grupal), tratamientos específicos y adaptados al usuario según sus características físicas, establecimiento de criterios para la derivación a Atención Primaria (AP), etc.¹⁶

Por todo lo expuesto anteriormente, se ha considerado necesario elaborar y establecer un protocolo regional, que permita monitorizar la salud física para lograr

un mejor manejo y control de la misma, dentro de las actividades que realiza el equipo de enfermería en una unidad de rehabilitación psicosocial.

3. OBJETIVOS

3.1.-OBJETIVO GENERAL

2.1.1. Fomentar el autocuidado de la salud física en las personas con TMG con el fin de aumentar su calidad de vida.

3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Monitorizar la salud física de los personas con TMG mediante cuidados de enfermería dirigidos a todos los usuarios de las unidades de rehabilitación de salud mental de adultos (URA).

3.2.2. Detectar posibles patologías físicas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento, en especial, el riesgo metabólico y cardiovascular.

3.2.3. Implicar al paciente en su autocuidado.

3.2.4. Mejorar la continuidad asistencial con AP estableciendo criterios específicos de derivación.

4. POBLACIÓN DIANA

Personas con TMG que acuden a las unidades de rehabilitación de adultos (URAs) de las diferentes áreas de la Región de Murcia (ver definición y criterios de derivación en el Anexo II).

4.1-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser usuario de la URA.
- En caso de ser nuevo usuario, haber finalizado el periodo de adaptación en la URA.

4.2-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Negativa del paciente, tutor legal o de la familia (en caso de ser menor de edad o personas cuya capacidad está modificada judicialmente).

5. ACTIVIDAD A REALIZAR

- Realización del censo de usuarios activos con TMG que acuden a la URA.
- Valoración de enfermería.
- Entrevista individualizada con el usuario, tutor legal o familiar de referencia, para informar del protocolo, entregando una nota informativa (Anexo III).
- Valoración y monitorización de las variables según protocolo (ver apartado 5).
- Planificación de intervenciones según diagnósticos enfermeros.
- Programación de las sucesivas revisiones para sus seguimientos.
- Evaluación de los parámetros según protocolo.

6. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La enfermera de referencia cita a los usuarios asignados para una monitorización basal, explicando el protocolo de monitorización, así como su utilidad y funcionamiento.

En esta entrevista se recogerán las siguientes **variables**:

- *Sociodemográficas*: fecha de nacimiento, edad y sexo.
- *Diagnóstico psiquiátrico* (según CIE-10).
- *Antecedentes* enfermedad física personales/familiares:
 - Diabetes (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos).
 - Hipertensión.
 - Hiperlipemia.
 - Enfermedades cardiovasculares.
 - Cifras de glucosa en sangre por encima de 100 mg/dl en alguna ocasión (por ejemplo, control médico, enfermedad o embarazo).
- *Tabaquismo*: si es fumador activo y número de cigarrillos/día.
- *Actividad física*: si realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en tiempo libre.
- *Alimentación*: si come verduras o frutas todos los días.
- *Medicación*: si toma medicación para la hipertensión, diabetes, colesterol y/ triglicéridos habitualmente.

Además de la información recogida mediante la entrevista, se tomarán las siguientes constantes:

- *Tensión arterial (TA)*: se realiza siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial para la correcta toma de la TA¹⁷.
- *Frecuencia cardiaca (FC)*: Se toma en reposo.
- *Perímetro abdominal*: se mide con una cinta métrica flexible, milimetrada, con el sujeto en bipedestación, con el torso descubierto y relajado. Se debe localizar el punto medio entre la parte superior de la cresta iliaca y la parte inferior de la última costilla, rodeando la cintura en ese punto de manera paralela al suelo y asegurándose de que la cinta esté ajustada pero sin comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal¹⁸.
- *Peso y altura (IMC)*.
- *Analítica*: comprobar si la última analítica es reciente (en los seis meses previos). Si no es así, concertar una cita en ayunas para la realización de una extracción sanguínea en la consulta de enfermería o entregar un documento de petición de analítica para su médico de Atención Primaria (Anexo IV). Las variables a analizar son las siguientes: glucemia, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos; por posibles efectos secundarios de los psicofármacos: prolactina, hormonas tiroideas, iones, función hepática y función renal y si existe diagnóstico previo de diabetes: hemoglobina glicosilada.

- *Electrocardiograma (ECG)*: Si se dispone del material necesario se realiza un ECG en la consulta de enfermería. Si no, cumplimentar petición (documento de interconsulta con AP, Anexo IV).
- Recomendación anual: Revisión bucal¹⁹ y ocular. Además en las mujeres, recomendar una revisión ginecológica anual.

En caso de duda en los resultados de algún parámetro (TA, FC y glucemia), se repetirá la medición en dos ocasiones más. Una vez que se hayan recogido los datos anteriores se procederá a clasificar las variables de riesgo según clasificaciones internacionales.

A continuación se ofrecen una serie de tablas para clasificar todos los datos recogidos en el apartado anterior:

Tabla 1. Clasificación de TA según la Sociedad Europea de Cardiología¹⁷

	NORMOTENSIÓN			HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)		
	HTA CONTROLADA			GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
	OPTIMA	NORMAL	N-ALTA			
mmHg TAS	< 120	120-129	130-139	140-159	160-179	> ó = 180
mmHg TAD	Y < 80	80-84	85-89	90-99	100-109	> ó = 110

Tabla 2. Clasificación de la frecuencia cardiaca (FC)²⁰

	BRADICARDIA	FC NORMAL	FC ELEVADA
FC	< 60 LPM	60-85 LPM	> ó = 85 LPM

Tabla 3. Clasificación Índice Masa Corporal (IMC) según la OMS ²¹

	INFRA PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD TIPO I	OBESIDAD TIPO II	OBESIDAD TIPO III
IMC	< 16,5	18,5-24,99	25-29,99	30-34,99	35-39,99	> ó = 40

Tabla 4. Punto de corte para valorar RCV por perímetro abdominal de riesgo ¹⁸

HOMBRES	> 102 CMS
MUJERES	> 88 CMS

En la tabla 5 se clasifica la glucemia como: normal, prediabetes y/o diabetes mellitus tipo 1 ó 2 ²³. Para determinar el riesgo de diabetes tipo 2 en pacientes no diagnosticados se realiza el Test de Findrisk²⁴ (Anexo V).

Tabla 5. Clasificación Glucemia en ayunas

	NORMAL	PREDIABETES	DIABETES
GLUCEMIA EN AYUNAS	< 100 mg/dl	100-125 mg/dl	> ó = 126 mg/dl EN AL MENOS DOS OCASIONES

En la tabla 6 se clasifican los niveles de colesterol pudiendo obtener la hipercolesterolemia y la hipertriglicerinemias siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica de colesterol y riesgo coronario²⁵

Tabla 6. Clasificación de los niveles de colesterol

	NORMAL	MEDIO	ALTO
COLESTEROL	< 200 mg/dl	200-240 mg/dl	>240 mg/dl
LDL	< 100 mg/dl	100-159 mg/dl	> 160 mg/dl
TG	< 150 mg/dl	150-199 mg/dl	> 200 mg/dl

Se denomina **síndrome metabólico** a la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo, que aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus. En la tabla 7 aparecen los criterios diagnósticos para determinar la existencia o no de síndrome metabólico (criterios AHA-NHBI)²⁶. Para diagnóstico de síndrome metabólico se requiere que cumpla al menos 3 de los siguientes criterios: obesidad abdominal, colesterol HDL, triglicéridos, tensión arterial y glucemia.

Tabla 7. Criterios para diagnóstico Síndrome Metabólico.

OBESIDAD ABDOMINAL	HOMBRES	MUJERES
	> 102 cm	> 88 cm
HDL-COLESTEROL	< 40 mg/dl o en tratamiento	< 50 mg/dl o en tratamiento
TRIGLICERIDOS	> ó = 150 mg/dl o en tratamiento	
TENSION ARTERIAL	> ó = 130 mm Hg Y/O 85 mm/Hg o en tratamiento	
GLUCEMIA	> ó = 100 mm/Hg o en tratamiento	

Con los datos obtenidos se calcula el RCV utilizando alguna de las tres tablas existentes (SCORE, REGICOR, DORICA). Estas tablas permiten estimar el riesgo en términos probabilísticos, mostrando la probabilidad de experimentar episodios coronarios y/o cardiovasculares en los próximos 10 años.

Utilizar una tabla de RCV permite:

- Priorizar intervenciones, en función del grado de elevación de un factor de riesgo determinado y el impacto que su reducción tendrá en el cálculo de RCV global.

- Motivar al paciente en el cumplimiento terapéutico mostrando la evolución de su RCV en función de la desaparición de los distintos factores de riesgo.

La tabla que mejor se adapta a los objetivos propuestos es la de DORICA²⁷. Esta tabla ha sido validada en población española y es la utilizada en los centros de salud del Servicio Murciano. Utiliza factores de riesgo independientes (consumo de tabaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus) que son causa directa de cardiopatía isquémica y frecuentes en la población con TMG. A través del proyecto CIRCE²⁸ está disponible una multicalculadora de RCV que permite obtener la puntuación de riesgo sobre las tablas de SCORE, REGICOR y DORICA en el siguiente enlace:

<http://www.1aria.com/contenido/cardiovascular/riesgo-cardiovascular/riesgo-cardiovascular-control>

Se anotarán en la historia del usuario los resultados obtenidos en las tres tablas aunque a efectos prácticos se utilice la tabla DORICA.

7. PLAN DE ACTUACIÓN

Una vez realizada la evaluación basal, se establece un plan de actuación individualizado siguiendo la metodología enfermera. Nos vamos a centrar en los principales factores de riesgo metabólico y cardiovascular: tabaco, tensión arterial, obesidad, diabetes, colesterol, triglicéridos y síndrome metabólico.

A continuación, se proponen unas tablas que resumen la actuación ante cada factor de riesgo incluyendo los posibles diagnósticos NANDA, los criterios de resultado (NOC) y las intervenciones propuestas (NIC) tanto si el factor de riesgo está presente como si no lo está, llevando a cabo, en este último caso, una intervención preventiva.

7-1. TABACO

En la siguiente tabla se recogen posibles diagnósticos NANDA para tabaquismo .

Tabla 8. Tabaco

TABACO	Posibles Diagnósticos NANDA	Criterio de resultado NOC	Intervenciones NIC
TABAQUISMO (SI)	1.-Gestión ineficaz de la propia salud 2. Conflicto de decisiones: dejar de fumar. 3.Conocimientos deficientes	Conducta de abandono de consumo del tabaco Toma de decisiones Conocimiento: control del consumo de sustancias	Entrevista motivacional. 1. Precontemplación: asesoramiento, educación sanitaria. 2. Contemplación: educación sanitaria, apoyo en toma de decisiones. 3. Preparación: derivación AP, ayuda para dejar de fumar, educación sanitaria. 4. Acción: derivación a AP, establecimiento objetivos comunes, asesoramiento, educación sanitaria. 5. Mantenimiento: prevención recaídas, educación sanitaria.
TABAQUISMO (NO)	Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	Conducta de fomento de la salud	Prevención del consumo de sustancias nocivas.

* Tabla elaborada siguiendo las recomendaciones de la guía de cuidados físicos para la personas con TMG ²⁹

7.2. TENSIÓN ARTERIAL

En la siguiente tabla se recogen algunos de los posibles diagnósticos NANDA para la hipertensión arterial.

Tabla 9. Tensión arterial

TENSION ARTERIAL	Posibles diagnósticos NANDA	NOC	NIC
Normotensión /HTA Controlada	1. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1. Conducta fomento de la salud 2. Autocontrol: hipertensión	1. Educación sanitaria. 2. Toma TA basal y c/6 meses. 3. Derivación AP para evaluación y tratamiento si después de una toma semanal durante tres semanas consecutivas se mantiene la tensión elevada.
Hipertensión arterial	Todo lo anterior más: 2. Gestión ineficaz de la propia salud	Todo lo anterior más: 3. Conocimiento: proceso enfermedad/ régimen terapéutico 4. Control del riesgo/síntomas 5. Conducta de cumplimiento: régimen terapéutico	1. Derivación AP para evaluación y tratamiento. 2. Educación sanitaria. 3. Modificación estilo de vida: alimentación, ejercicio físico, prevención consumo de sustancias nocivas. 4. Fomentar auto-responsabilidad. 5. Enseñanza: tratamiento. 6. Toma TA mensual.

* Tabla elaborada siguiendo recomendaciones de la guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus³⁰

7.3. OBESIDAD

Es necesario controlar el posible sobrepeso por la incidencia en su salud. Para ello partiremos del índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 10. Obesidad

OBESIDAD	Posibles diagnósticos NANDA	NOC	NIC
NORMAL	1. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1. Conducta de fomento de la salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación sanitaria. 2. Control peso basal y c/6 meses.
SOBREPESO OBESIDAD TIPO I, II, III	Todo lo anterior más: 2. Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades 3. Gestión ineficaz de la propia salud	Todo lo anterior más: 2. Peso: masa corporal 3. Estado nutricional/ Participación en el ejercicio 4. Conocimiento: dieta saludable y manejo del peso 5. Conducta de cumplimiento: régimen terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoramiento nutricional. 2. Ayuda para disminuir de peso. 3. Monitorización nutricional. 4. Fomento del ejercicio. 5. Fomento Autoresponsabilidad. 6. Establecimiento objetivos comunes. 7. Derivación medico de AP. 8. Control del peso mensual. 9. Enseñanza: dieta prescrita.

* Tabla elaborada siguiendo las recomendaciones de la guía de actuación en situaciones de sobrepeso³¹

7.4. DIABETES

Teniendo en cuenta la elevada incidencia de diabetes en personas con TMG se hará el control de glucemia de forma rutinaria, según la tabla adjunta:

Tabla 11. Diabetes

GLUCEMIA	Posibles diagnósticos NANDA relacionados	NOC	NIC
NORMAL	1. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1. Conducta de fomento de la salud	Educación sanitaria y control anual. Si cifras de glucemia ≥ 126 mg/dl derivar a médico de AP.
PREDIABETES	Todo lo anterior más 2. Gestión ineficaz de la propia salud 3. Conocimientos deficientes.	Todo lo anterior más: 2. Control del riesgo 3. Conocimiento: proceso enfermedad/régimen terapéutico.	1. Educación sanitaria. 2. Aumentar el afrontamiento. 3. Enseñanza: proceso de la enfermedad. 4. Enseñanza: dieta prescrita. Control cada 6 meses y si cifras de glucemia ≥ 126 mg/dl derivar a médico AP.
DIABETES	Todo lo anterior más: 4. Incumplimiento del tratamiento.	Todo lo anterior más: 4. Autocontrol: diabetes 5. conducta de cumplimiento: régimen terapéutico 6. Conocimiento del control de la diabetes.	Todo lo anterior más: 5. Derivación medico de AP. 6. Enseñanza: medicamentos prescritos. 7. Manejo de hipoglucemia. 8. Manejo de hiperglucemia. 9. Acuerdo con el usuario.

*Tabla elaborada siguiendo las recomendaciones de la guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2³².

7.5. COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS

Teniendo en cuenta la alta incidencia de hiperlipemia en personas con TMG, se seguirán las recomendaciones de la siguiente tabla:

Tabla 12. Colesterol y Triglicéridos

COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS	Posibles diagnósticos NANDA relacionados	NOC	NIC
NORMAL	1. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1. Conducta de fomento de la salud	1. Manejo del peso. 2. Enseñanza: dieta prescrita. 3. Modificación de la conducta. 4. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. Control basal y c/12 meses.
MEDIO	Todo lo anterior más: 2. Gestión ineficaz de la propia salud 3. Conocimientos deficientes.	Todo lo anterior más: 2. Control del riesgo: trastorno lipídico/enfermedad cardiovascular 3. Conocimiento: proceso enfermedad /régimen terapéutico	Todo lo anterior más: 5. Derivación medico de AP. 6. Educación sanitaria. 7. Aumentar el afrontamiento. 8. Fomentar autorresponsabilidad. 9. Enseñanza: proceso de la enfermedad. 8. Enseñanza: dieta prescrita. Control cada 6 meses.
ALTO	Todo lo anterior más: 4. Incumplimiento del tratamiento	Todo lo anterior más: 4. Autocontrol: trastorno lipídico 5. Conducta cumplimiento: régimen terapéutico	Todo lo anterior más: 9. Enseñanza: medicamentos prescritos. 10. Acuerdo con el/la paciente.

* Tabla realizada siguiendo las recomendaciones de la guía de colesterol y riesgo coronario²⁵

7.6. SÍNDROME METABÓLICO

Controlar el síndrome metabólico de acuerdo con los siguientes criterios:

Tabla 13. Síndrome metabólico

Síndrome metabólico	Posibles diagnósticos NANDA relacionados	NOC	NIC
No cumple criterios de SM	1. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud	1. Conducta de fomento de la salud	Medidas preventivas: 1. Educación sanitaria. 2. Modificación estilo de vida: alimentación, ejercicio físico, prevención sustancias nocivas (tabaco y alcohol). 4. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
Cumple criterios de SM	Todo lo anterior más: 2. Gestión ineficaz de la propia salud 3. Conocimientos deficientes. 4. Conocimientos deficientes.	Todo lo anterior más: 2. Control del riesgo 3. Conocimiento: proceso enfermedad/ régimen terapéutico 4. Conducta de cumplimiento: régimen terapéutico	Todo lo anterior más: 5. Derivación medico de AP. 6. Aumentar el afrontamiento. 7. Fomentar autorresponsabilidad. 8. Enseñanza: proceso de la enfermedad. 9. Enseñanza: dieta prescrita y régimen terapéutico.

* Tabla realizada siguiendo las recomendaciones de la guía de prevención del ictus^{29,30}

Todos los usuarios se citarán en la consulta de enfermería siguiendo el siguiente cronograma:

	Basal	6 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses
Entrevista	X	X	X	X	X
Recomendar revisiones bucales, oculares y ginecológicas	X		X		X
Educación para la salud	X	X	X	X	X
Talla	X				
Tabaquismo	X	X	X	X	X
TAS/TAD	X	X	X	X	X
FC	X	X	X	X	X
Peso/IMC	X	X	X	X	X
Perímetro abdominal	X	X	X	X	X
Analítica	X		X		X
ECG	X		X		X
Test FINDRISK	X		X		X
Tablas RCV	X		X		X

- ✓ Cada 6 meses se repite la entrevista (por si hubiera alguna modificación) y la toma de constantes (TA; FC; PESO; IMC y PA).
- ✓ Cada 12 meses, además de la entrevista y la toma de constantes, se realizará una analítica sanguínea y un ECG.

Si se detectan factores de riesgo, además de continuar con la monitorización, se procederá a:

- ✓ Realizar un seguimiento individual de alguna variable, en caso necesario.
- ✓ Incluirlo en un grupo de educación para la salud específico, por ejemplo, de diabetes tipo 2.
- ✓ Derivar a su médico y enfermera de AP para la continuidad de cuidados, adjuntando un resumen de la evaluación basal (Anexo IV) cuando presente:
 - Criterios de hipertensión.
 - Glucemia basal repetida dos veces >126 mg/dl: o una vez > 200 mg/dl.
 - . Hemoglobina glicosilada >6 %.
 - Colesterol > 200 mg/dl.
 - Obesidad: $IMC > 30$.

En todas las visitas se hará una valoración junto con el paciente de los resultados obtenidos y de su evolución, con el fin de implicarle en su propio autocuidado.

8. RECURSOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

El equipo de enfermería especialista en salud mental de cada URA de las diferentes áreas de la RM.

8.2 RECURSOS MATERIALES

- ✓ Esfingomanómetro.
- ✓ Fonendoscopio.
- ✓ Pulsioxímetro (opcional).
- ✓ Cinta métrica.
- ✓ Báscula mecánica (incluya medidor de talla).
- ✓ Material necesario para realizar analíticas (sólo en los centros donde se hagan extracciones).

9. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

1. Elaboración del censo de usuarios.
2. Distribución del censo entre las enfermeras de la URA adjudicando a cada usuario una enfermera de referencia.
3. Para iniciar el protocolo, se recomienda realizar en un máximo de seis meses la fase de entrevista, consentimiento y monitorización a todos los usuarios ya censados. Las nuevas acogidas se irán incluyendo de forma sistemática tras la valoración de enfermería, una vez concluida la fase de adaptación.
4. Tras la fase inicial se citará a los usuarios según el cronograma expuesto en el apartado 6.
5. La valoración de los usuarios y su posterior seguimiento se realizará en la consulta de enfermería de cada servicio o unidad.
6. Las analíticas y el electrocardiograma (ECG) se realizarán en su centro de AP previa solicitud a su médico (Anexo IV) o en la misma unidad en los cuales se disponga de los recursos necesarios para la realización de las mismas.

10. SISTEMA DE REGISTRO

Se registrará toda la información en el formulario de registro de salud física en la historia clínica electrónica del SMS (Selene).

TENSION ARTERIAL	NORMAL: PAS<130 y/o PAS <85	Tratamiento	SI NO
	N-ALTA: PAS<140 y/o PAS< 90		
	HTA (grado 1): PAS<160 Y/O PAS< 100		
	HTA (grado 2): PAS<180 y/o PAS <110		
	HTA (grado 3): PAS>180 y/o PAS >110		
FRECUENCIA CARDIACA	BRADICARDIA: < 60 lpm		
	NORMAL: 60-85 lpm		
	ELEVADA: > 85 lpm		
IMC	INFRAPESO:IMC <16,50		
	NORMAL: IMC 18,50-25		
	SOBREPESO: IMC 25-30		
	OBESIDAD (tipo I): IMC 30-35		
	OBESIDAD (tipo II): IMC 35-40		
	OBESIDAD (tipo III): >40		
PERIMETRO ABDOMINAL	NORMAL		
	RIESGO: H (>102 cm) M(>88cm)		
FUMA	SI		
	NO		
GLUCEMIA EN AYUNAS	Normal: <100 mg/dl	Tratamiento	SI NO
	Prediabetes:100-125 mg/dl		
	Diabetes: >125mg/dl en al menos 2 ocasiones		
COLESTEROL TOTAL	NORMAL: <200mg/dl	Tratamiento	SI NO
	MEDIO: 200-239mg/dl		
	ALTO: >239 mg/dl		
LDL	NORMAL: <100mg/dl		
	MEDIO: 100-159 mg/dl		
	ALTO: >160 mg/dl		
HDL	ALTO: >59 mg/dl		
	MEDIO: 35-59 mg/dl		
	BAJO: < 35 mg/dl		
TRIGLICERIDOS	NORMAL: <150 mg/dl	Tratamiento	SI NO
	MEDIO: 150-199 mg/dl		
	ALTO: >200mg/dl		
ANTECEDENTES PERSONALES/ FAMILIARES	SI		
	NO		
ACTIVIDAD FÍSICA (al	SI		

menos 30 minutos al día)		NO	
ALIMENTACIÓN (FRUTA Y VERDURA DIARIA)		SI	
		NO	
ÚLTIMA ANALÍTICA		DD/MM/AAAA	
ÚLTIMO ECG		DD/MM/AAAA	
REVISIÓN ANUAL: OCULAR, BUCAL Y GINECOLÓGICA.		SI	
		NO	
		RIESGO BAJO: <7 p.	
		LIGERAMENTE ELEVADO: 7-11 p.	
		MODERADO: 12-13 p.	
TEST FINDRISK		ALTO: 14-20 p.	
		MUY ALTO: > 20 p.	
SÍNDROME METABÓLICO (RIESGO)		SI	
		NO	
DÓRICA		RIESGO ALTO: 20-39%	
		RIESGO MODERADO: 10-19%	
		RIESGO LIGERO: 5-9%	
		RIESGO BAJO: <5%	
SCORE		RIESGO MUY ALTO: > ó = 15%	
		RIESGO ALTO: 10-14%	
		RIESGO MODERADO: 5-9%	
REGICOR		RIESGO BAJO: <5%	
		RIESGO MUY ALTO: : > ó = 15%	
		RIESGO ALTO: 10-14%	
		RIESGO MODERADO: 5-9%	
		RIESGO BAJO: <5%	

11. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Se hará una evaluación de la aplicación del protocolo al año de su puesta en marcha, así como de los resultados por centro y una comparativa entre centros.

Indicadores:

- ✓ Número de usuarios con protocolo aplicado al inicio / número total de usuarios en la URA.
- ✓ Número de usuarios con protocolo a 6 meses/ Número de usuarios con protocolo al inicio.
- ✓ Número de usuarios con protocolo a 12 meses/ Número de usuarios con protocolo al inicio*.

Otros indicadores de interés

- ✓ Número de usuarios con factores de riesgo detectados.
- ✓ Porcentaje de personas en tratamiento previo por factores de riesgo al inicio respecto al porcentaje de personas en tratamiento previo por factores de riesgo en AP (por área)
- ✓ Número de informes de derivación recibidos de atención primaria/ Número de informes de derivación remitidos a atención primaria.

*En el estudio de seguimiento llevado a cabo en la Unidad de Rehabilitación de Cartagena, 24 meses después de su inicio continúan en seguimiento el 72 % de las personas con TMG ¹⁶.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno Mental Severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2003.
2. Olmos E, Martínez J. Proceso de atención a los trastornos mentales graves: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Murcia: Conserjería de sanidad de la Región de Murcia. 2009.
3. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10 (1):52-77.
4. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndeti DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-51.
5. Tosh G, Clifton A, Mala S, Bachner M. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 17;(3):CD008298. doi: 10.1002/14651858.CD008298.pub2.
6. Organización Mundial de la Salud. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genova: OMS. 2009.
7. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Möller HJ. Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009; 2 (1): 49-59.
8. Ezcurra J, Gutiérrez M, González-Pinto A. La salud física en el enfermo psiquiátrico. Madrid: Aula Medica. 2008.

9. Meyer M, Nasrallah, HA. Enfermedades médicas y esquizofrenia. Barcelona: Ars. Médica. 2004.
10. Meyer M. "Enfermedades cardiovasculares e hiperlipidemia en pacientes con esquizofrenia". Medical illness and schizophrenia. American Psychiatric Publishing, Inc. 2003.
11. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, Van Winkel R, Yu, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull 2013. Mar 39(2) 306-18
12. Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García- Portilla MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36 (5):251-264.
13. Bobes J, Sáiz J, Montes JM, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E. Consenso Español de salud física del paciente con trastorno bipolar. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2008; 1 (1):26-37.
14. García A, Banacloig C, Pardo A. La patología física en el enfermo mental grave en una Unidad de Rehabilitación: Resultados de un programa de cribado. XVI Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Murcia, noviembre 2012.
15. García A, Mateo JM, Banacloig C, Ruiz R, Pardo A. Intervención de enfermería en la salud física del trastorno mental grave. Resultados a los 24 meses. En las: I Jornada sobre buenas prácticas en Salud Mental. Murcia: Servicio Murciano de Salud, ISBN: 978-84-608-1312-5
16. García A, Pardo, A, Mateo JM, Banacloig C, Alcaraz A, Flores MD. La valoración de un programa de monitorización de la salud física realizado en la

- Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena al año de su inicio. III Jornadas Regionales de Enfermería en Salud Mental de Lorca. 26 abril 2013.
17. Grupo de Trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. *Hipertens riesgo vasc.* 2013;30(Supl 3):1
 18. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española Obesidad.* 2007; 5(3):7-48.
 19. Khokhar W, Clifton A, Jones H, Tosh G. Asesoramiento en salud oral para pacientes con enfermedades mentales graves. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD008802. DOI: 10.1002/14651858.CD008802.
 20. Palatini, P. Need for a revision of the normal limits of resting Heart rate. *Hypertens.* 1999; 33 (2):622-5.
 21. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
 22. Expert Panel on Detention, Evaluation, And Treatment of High blood cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA.* 2001; 285 (19):2486-97.
 23. American Diabetes Association (ADA). Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus. *Diabetes Care.* 2013; 36:S67-S74.

24. Grupo de Trabajo sobre Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Sociedad Europea para el Estudio de la Diabetes. Guías de práctica clínica sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(5):525:e1-e64.
25. Baena JM; Barcelo E; Ciurana R; Franzi A; García MR; Ríos MA, et al. Colesterol y riesgo coronario. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009.
26. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA. Diagnosis and Management of the Metabolic Síndrome. Circulation. 2005; 112(17):2735-2752.
27. Aranceta J, Pérez C, Foz M, Mantilla T, Serra L, Moreno B, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. Med Clin. 2004; 123 (18): 686-91.
28. 1 aria. Proyecto CIRCE [sede web]. Santiago de Compostela: asociación 1 aria. [Actualizada el 1 enero de 2014; acceso 10 de Septiembre de 2015]. Multicalculadora de Riesgo Cardiovascular. Disponible en: <http://www.1aria.com/contenido/cardiovascular/riesgo-cardiovascular/riesgo-cardiovascular-control>
29. Grupo de Trabajo para la guía de cuidados físicos para las personas con Trastorno mental grave. Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave. Canarias: Consejería de Sanidad de Canarias. 2010.
30. Grupo de Trabajo para la Guía de prevención del Ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Àvaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2008.

31. Grupo de Trabajo para la guía de actuación en situaciones de sobrepeso. Guía de actuación en situaciones de sobrepeso. Madrid: Consejería de Sanidad de Madrid. 2009.
32. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica clínica sobre Diabetes Tipo 2. Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. 2008.

13. ANEXOS

ANEXO I DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL GRAVE

Entre las definiciones de TMG con mayor grado de consenso, está la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1978 que incluye tres dimensiones: diagnóstico, duración de la enfermedad y presencia de discapacidad. En la tabla 1 se resumen los criterios de TMG en cada una de las dimensiones.

Tabla 14. Definición del TMG

Diagnóstico (CIE-10)	Trastornos Psicóticos (F.20 a F.22;F. 24, F25; F.28 a F.31; F.32.3 y F.33.3) Trastornos de Personalidad*
Duración de la enfermedad	Superior a 2 años
Presencia de discapacidad	Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global medida a través del GAF (Global Assesment of Functioning APA, 1987).

* Que conlleven una afectación grave en el funcionamiento y competencia laboral, social, personal y/o familiar, excluyendo aquellos casos que por su psicopatología interfiera de manera franca, en la dinámica y funcionamiento de los programas de Rehabilitación de la Unidad. Como por ejemplo: Conductas auto/heteroagresivas peligrosas; Impulsividad grave con dificultad para aceptar límites y normas básicas de funcionamiento y convivencia.

Slade y cols, (1997) redefinen las tres anteriores y añaden 2 dimensiones más:

- a) *Diagnóstico*: enfermedad psicótica, trastorno de personalidad, enfermedad neurótica grave
- b) *Seguridad*: autolesiones voluntarias, involuntarias, peligrosidad para los demás, abuso (físico, emocional, financiero, etc) por otros.
- c) El *apoyo social e institucional*: ayuda de los cuidadores sociales, incluyendo amigos y familiares. Ayuda desde los servicios sociales.
- d) La *discapacidad*: con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad, con problemas en el trabajo, ocio, cuidado personal, capacidades domésticas y relaciones interpersonales.
- e) La *duración*: de cualquiera de las dimensiones mencionadas por periodos que pueden variar entre seis meses y dos años.

ANEXO II POBLACIÓN DIANA DE LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN

La Unidad de Rehabilitación de Adultos (URA) atiende, desde un modelo de Atención Comunitaria, aquellos trastornos mentales graves (TMG).que, por ser discapacitantes y de larga duración, requieren de una atención integral y de mayor intensidad que la ofrecida en el CSM (tratamientos biológicos, psicosociales, de rehabilitación, cuidados y apoyos).

Su objetivo general es favorecer que los usuarios adquieran o recuperen en la medida de lo posible, las habilidades y competencias personales/sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar, mejorando su calidad de vida.

Para desempeñar las funciones asistenciales, este programa dispone de equipos multiprofesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, auxiliares, etc.)

Los criterios de derivación para ser incluido como usuario en la URA de referencia son:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas con TMG, que presenten deterioro o dificultades significativas en el funcionamiento psicosocial.
- Edad entre 16- 65 años.
- Ambos sexos.
- Estable psicopatológicamente.
- Sin trastornos graves del comportamiento.
- Debe estar abstinentes en el momento de la admisión si hubiera historia previa de consumo de alcohol u otros tóxicos.
- Adherencia al programa de adultos de CSM del Área correspondiente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Retraso Mental.
- Trastornos orgánicos.
- Situación psicopatológica inestable.
- Vivir fuera del territorio delimitado por el área de referencia.
- Conductas auto o hetero agresivas.
- Consumo actual de alcohol o de otros tóxicos.

ANEXO III NOTA INFORMATIVA

El usuario _____ que acude a la Unidad de Rehabilitación de _____ va a ser incluido en un programa de mantenimiento de la salud física, cuyo objetivo es potenciar su propio auto-cuidado. Para ello se realizará una toma de constantes periódica en nuestra Unidad, pudiendo solicitar otras pruebas complementarias a su centro de salud (analítica y electrocardiograma). En caso de que se detectara algún factor de riesgo para su salud, se derivará a su médico de atención primaria para valoración y tratamiento.

Si desea que le ampliemos esta información, póngase en contacto con la enfermera de la Unidad _____ en el teléfono _____.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

ANEXO IV DOCUMENTO DE INTERCONSULTA CON AP

Centro	Fecha

El usuario.....
que acude a la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de, ha sido incluido en el protocolo de monitorización y manejo de la salud física en personas con trastorno mental grave, con la finalidad de detectar posibles trastornos metabólicos.

Por ello, le agradeceríamos su colaboración con la solicitud de ECG y de las siguientes determinaciones sanguíneas, así como su valoración y tratamiento en caso de ser necesario:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Triglicéridos |
| <input type="checkbox"/> Función Hepática | <input type="checkbox"/> Glucosa |
| <input type="checkbox"/> Hormonas tiroideas | <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Prolactina |
| <input type="checkbox"/> LDL/HDL | |

En la consulta de enfermería el día/...../..... se han tomado las siguientes constantes:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TA: | <input type="checkbox"/> Peso: |
| <input type="checkbox"/> FC: | <input type="checkbox"/> IMC: |
| <input type="checkbox"/> SAT O2: | <input type="checkbox"/> Perímetro Abdominal: |

Tratamiento actual del usuario:

Recomendaciones desde atención primaria:.....

Ante cualquier duda o pregunta, se puede poner en contacto con la enfermero/a especialista de salud mental D.
en el teléfono.....

Le saluda atentamente.

Fdo.:

**ANEXO V ESCALA FINDRISK
(Valoración riesgo de Diabetes tipo II)**

Elija la opción correcta y sume los puntos obtenidos:

1. Edad: _____ Años

- Menos de 45 años (0 p.)
- 45-54 años (2 p.)
- 55-64 años (3 p.)
- Más de 64 años (4 p.)

2. Índice de masa corporal (Calcule su índice, según el apartado al final del test):

Peso: _____ **Talla:** _____

- Menor de 25 kg/m² (0 p.)
- Entre 25-30 kg/m² (1 p.)
- Mayor de 30 kg/m² (3 p.)

3. Perímetro de cintura Se mide en el punto medio entre parte baja de la caja torácica y la parte superior de la cadera (normalmente a nivel del ombligo): _____ **cm**

Hombres

Mujeres

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------|
| <input type="radio"/> Menos de 94 cm. | <input type="radio"/> Menos de 80 cm. | (0 p.) |
| <input type="radio"/> Entre 94-102 cm. | <input type="radio"/> Entre 80-88 cm. | (3 p.) |
| <input type="radio"/> Más de 102 cm. | <input type="radio"/> Más de 88 cm. | (4 p.) |

4. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?:

- Sí (0 p.)
- No (2 p.)

5. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?:

- Todos los días (0 p.)
- No todos los días (1 p.)

6. ¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?:

- No (0 p.)
- Sí (2 p.)

7. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?:

- No (0 p.)
- Sí (5 p.)

8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?

- No.....(0 p.)
- Sí: abuelos, tía, tío, primo hermano (no padres, hermanos o hijos) (3 p.)
- Sí: padres, hermanos o hijos.....(5 p.)

El riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 en 10 años es:

Menos de 7 puntos	Bajo: se estima que 1 de cada 100 personas desarrollará la enfermedad.
7 -11 puntos	Ligeramente elevado: se estima que 1 de cada 25 personas desarrollará la enfermedad.
12 -13 puntos	Moderado: se estima que 1 de cada 6 personas desarrollará la enfermedad.
14 -20 puntos	Alto: se estima que 1 de cada 3 personas desarrollará la enfermedad.
Más de 20 puntos	Muy alto: se estima que 1 de cada 2 personas desarrollará la enfermedad.