



Licenciatura en Nutrición

Trabajo Final Integrador

“Consumo de Antipsicóticos Atípicos y su influencia en el aumento de peso corporal”

Alumna: BIDEGAIN Andrea Alejandra

Tutora: Lic. RUIZ María Florencia

Marzo – Diciembre 2014

Dedicatoria

A mi Padre, mi hermana Lucy y Aníbal que hoy no están. Ellos me enseñaron que con perseverancia , esfuerzo y actitud todo se puede lograr.

A mi amado hijo Nicolás, quien supo comprender muchas, pero muchas horas de ausencia para que yo pudiera estudiar.

A mi Madre y hermana Romina por ayudarme y motivarme en todo momento, por ser ese pilar que uno busca cuando necesita apoyarse, por tener siempre una palabra de aliento cuando sentía que el camino se terminaba.

A Julio, mi novio, que desde el día en que me conoció me acompañó y colaboró para que yo siguiera creciendo.

Agradecimientos

A mi cuñado Daniel, por su incondicional ayuda, por ocupar sus pocas horas de descanso en la construcción de este trabajo, sin él me habría resultado sumamente difícil llevarlo a cabo.

Nuevamente a mi hermana Romina, por estar siempre dispuesta a aconsejarme, no sólo en circunstancias difíciles que nos pone la vida, sino también como Profesional de la Salud.

A mi hijo Nicolás, gracias por soportar mis cambios de humor durante este último año... o más, obsesionada con llegar al final de la meta.

A Laureana, Gonzalo y Juan, amigos que me regaló la Carrera, quienes con su humor infinito hicieron más liviano este último gran esfuerzo.

Gracias a Florencia, mi tutora, que durante todo el trabajo me brindó su paciencia, tiempo, consejo y experiencia para hacerlo académicamente válido.

Índice de contenido

1.Resumen.....	4
2.Abreviaturas	5
3.Introducción	6
4.Planteamiento del problema.....	8
5.Objetivos	9
5.1.General.....	9
5.2.Específicos	9
6.Justificación	10
7.Marco Teórico.....	11
7.1.Obesidad y Sobrepeso.....	11
7.1.1.Causas	11
7.1.2.Diagnóstico	12
7.1.3.Consecuencias.....	12
7.1.4.Prevalencia.....	12
7.2.Trastornos mentales severos	12
7.3.Esquizofrenia	13
7.3.1.Etiología	13
7.3.2.Prevalencia.....	13
7.3.3.Síntomas.....	14
7.4.Drogas Antipsicóticas	14
7.4.1.Risperidona	16
7.4.2.Olanzapina	16
7.4.3.Clozapina	16
7.5.Síndrome Extrapiramidal.....	16
7.6.Acción de los antipsicóticos	17

7.6.1.Psicosis y Dislipemias	17
7.7.Antipsicóticos y aumento de peso	17
7.7.1.Aumento de peso en 10 semanas de tratamiento.....	19
7.8.Actividad Física.....	20
7.8.1.Gasto Energético	20
7.8.2.Actividad física y salud	21
8.Estado del arte	23
9 Metodología	26
9.1.Unidad de análisis	26
9.2.Tipo de muestra	26
9.3.Tipo de estudio.....	26
9.4.Área de estudio	26
10.Hipótesis.....	27
10.1.Variables y categorías	27
10.2.Fuente de datos	29
10.2.1.Primaria.....	29
10.2.2.Criterios de Inclusión	29
10.2.3.Criterios de exclusión	30
10.2.4.Criterios de eliminación	30
10.3.Análisis de datos	30
10.3.1.Planilla de elaboración propia	30
11.Método.....	31
11.1.Muestra	31
11.2.Principios Éticos	31
12.Resultados	32
12.1.Variables demográficas y antropométricas: porcentaje de rangos etarios	32

12.2. Antipsicóticos utilizados con las pacientes	33
12.3. Relación entre administración de antipsicóticos e incremento de peso	34
12.4. Pacientes que sufrieron modificaciones del peso según IMC inicial y actual con respecto a la utilización de las diferentes drogas	35
Con respecto a la Clozapina no se registraron modificaciones significativas en el IMC.....	36
12.5. Incremento de peso según antipsicótico, dosificación y duración del tratamiento	37
12.6. Consumo de antipsicóticos, aumento de peso, actividad física y dieta	37
13. Discusión	39
14. Conclusión	41
15. Bibliografía	42
16. Anexos	45
16.1. Anexo 1.....	45

1. Resumen

Introducción: los antipsicóticos atípicos están considerados como las drogas de mayor ventaja en el tratamiento de la psicosis, sin embargo se las relaciona con efectos secundarios tales como aumento de peso, dislipemias, resistencia a la insulina y diabetes mellitus 2. **Objetivo:** determinar cuál de los antipsicóticos atípicos como Clozapina, Olanzapina y Risperidona están clínicamente asociados a un mayor incremento del peso corporal en las mujeres de 20 a 45 años de edad que se encuentran internadas en el Hospital “José A. Esteves” de Temperley durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014. **Material y Métodos:** se realizó un estudio no experimental, retrospectivo longitudinal. Se recolectaron datos de las historias clínicas los cuales se volcaron a una planilla de elaboración propia que permitió comparar peso, IMC, dosis del antipsicótico utilizado, plan nutricional y nivel de actividad física al inicio del tratamiento con el actual. **Resultados:** del total de la muestra (n=54), la edad promedio fue de 32,57 años. El 41% (n=22) consumía Clozapina, de los cuales (n=16) aumentaron de peso. El 37% (n=19) consumía Risperidona, de los cuales (n=8) aumentaron de peso y en cuanto a los que consumían Olanzapina, 22% (n=13) aumentaron de peso (n=12). El 61% (n=36) del total de la muestra que aumentaron de peso, todos tenían un tratamiento medio, con una dosis normal según el tipo de droga, mantenían una dieta hipocalórica con actividad física moderada. **Conclusión:** corroborando la hipótesis formulada la Olanzapina fue quien tuvo mayor incidencia en el aumento de peso a igual tiempo de tratamiento, plan alimentario y actividad física que las otras drogas administradas a las pacientes. Se propone investigar en población mixta a mayores dosis y tratamiento.

Palabras clave: antipsicóticos atípicos, psicosis, efectos secundarios, enfermedades, Clozapina, Olanzapina, Risperidona, aumento de peso, consumo, asociación, incidencia.

2. Abreviaturas

<u>APA:</u>	Antipsicóticos Atípicos
<u>APT:</u>	Antipsicóticos Típicos
<u>CC:</u>	Circunferencia de Cintura
<u>CCK:</u>	Colecistocinina
<u>CT:</u>	Colesterol Total
<u>DSM:</u>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
<u>ETA:</u>	Efecto Térmico de los Alimentos
<u>GEB:</u>	Gasto Energético Basal
<u>HDL-C:</u>	High Density Lipoprotein Cholesterol
<u>IMC:</u>	Índice de Masa Corporal
<u>LDL-C:</u>	Low Density Lipoprotein Cholesterol
<u>OMS:</u>	Organización Mundial de la Salud
<u>ONU:</u>	Organización de las Naciones Unidas
<u>SOHO:</u>	Schizophrenia Out Patients Health Outcomes
<u>TG:</u>	Triglicéridos

3. Introducción

La obesidad es una condición patológica, muy prevalente en el ser humano y presente desde la antigüedad, que persiste y ha ido incrementando durante siglos por factores genéticos y ambientales, hasta convertirse actualmente en una pandemia (5).

El sobrepeso/obesidad es definido por la Organización Mundial de la Salud, como el “exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético” (1). Uno de los índices mas utilizados para la medición de este es el IMC (Índice de Masa Corporal).

Tabla 1: Categorización del índice de Masa Corporal

IMC (KG/M2)	Diagnóstico
<18,5	Delgadez
18,5 a 24,9	Peso Normal
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidad Grado 1
35 a 39,9	Obesidad Grado 2
>40	Obesidad Grado 3

Fuente: Isolabella Dora y col. Edición 2013 Argentina (27).

La importancia en la detección de la obesidad es por su factor predisponente a desarrollo de enfermedades contenidas en el conocido Síndrome Metabólico (enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus 2) (6).

Los datos que arrojaron las encuestas realizadas en Canadá, indican una mayor probabilidad de desarrollar obesidad en individuos que alguna vez en su vida han presentado trastornos del humor, donde se los correlaciona con el uso de medicamentos antipsicóticos (Clozapina, Olanzapina y Risperidona), el sedentarismo y genes

predisponentes. Pero también se lo atribuye a un trastorno de ansiedad que lleva a una elevación del apetito, con el consiguiente aumento en el consumo de alimentos.

Si bien éstos medicamentos son muy efectivos para el tratamiento de esquizofrenia y psicosis, se los relaciona con efectos secundarios tales como un marcado aumento de peso, dislipemia, resistencia a la insulina y diabetes mellitus 2.

El objetivo del presente trabajo es relacionar tres antipsicóticos de segunda generación o también llamados atípicos como lo son la Olanzapina, Risperidona y Clozapina, para poder determinar cual tiene mayor relación con el aumento de peso, en personas que estén cursando un tratamiento antipsicótico.

4. Planteamiento del problema

¿Cuál de los antipsicóticos atípicos tales como Clozapina, Risperidona y Olanzapina tuvo mayor incidencia en el desarrollo del aumento de peso corporal en las mujeres de 20 a 45 años de edad que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal “José A. Esteves” de la Localidad de Temperley de la Provincia de Buenos Aires durante el período Julio 2013 a Julio 2014?.

5. Objetivos

5.1. General

Determinar cuál de los antipsicóticos atípicos como Clozapina, Olanzapina y Risperidona está clínicamente asociado a un mayor incremento del peso corporal en las mujeres de 20 a 45 años de edad que se encuentran internadas en el Hospital Interzonal “José A. Esteves” de la Localidad de Temperley de la Provincia de Buenos Aires durante el período Julio 2013 a Julio 2014.

5.2. Específicos

1. Valorar el IMC inicial al tratamiento antipsicótico de las mujeres evaluadas y compararlo con el IMC actual/final del tratamiento, según datos obtenidos de las Historias Clínicas.
2. Conocer las dosis de los fármacos ya mencionados, utilizados en cada caso durante el período Julio 2013 a Julio 2014, según datos proporcionados por el Médico Psiquiatra tratante.
3. Observar la relación entre las dosis de los fármacos administrados con el incremento de peso. Según datos obtenidos de las Historias Clínicas.
4. Conocer el aporte calórico del Plan alimentario planificados por la Lic. en Nutrición de la Institución que se administraba en el inicio del tratamiento y en la actualidad, según datos obtenidos de las Historias Clínicas y su relación con el incremento de peso y el grado de Actividad Física.

6. Justificación

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad (1). Al igual que la obesidad, las enfermedades mentales tienen una alta prevalencia en nuestra sociedad, e incluso pueden existir interacciones entre ambas, de hecho, un importante número de fármacos utilizados en psiquiatría provocan un incremento del peso ponderal (2).

Con frecuencia se registran individuos con Trastornos mentales severos en los que confluyen las dos situaciones, a los que hay que tratar con determinados tipos de psicofármacos, pudiéndose agravar todas aquellas patologías asociadas al exceso de peso, como resistencia a la insulina, diabetes, dislipemias o enfermedades cardiovasculares, teniendo en cuenta además, los factores de riesgo que presentan este grupo de personas como el sedentarismo, tabaquismo, dieta inadecuada, predisposición genética que sumado a los síntomas como las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento logran poner al enfermo en una situación de estrés constante (2).

Las enfermedades psiquiátricas pueden repercutir directamente en el estado nutricional, por lo que es aconsejable que los pacientes psiquiátricos sean valorados antes y durante el tratamiento con psicofármacos (2). El apoyo alimentario, nutricional y metabólico puede favorecer la estructura y función biológica de las células neuronales y la atención integrada en este tipo de pacientes (3). La intervención del Licenciado en Nutrición en estos casos es muy valiosa, puesto que se ha comprobado la relación de los factores dietéticos implicados en sus tratamientos (3).

En este trabajo se determina cuál es el antipsicótico atípico que aumenta en mayor proporción el peso corporal, entre ellos la Clozapina, Olanzapina y Risperidona.

Teniendo en cuenta esta información se podrá realizar prevención e intervención nutricional más personalizada, tanto en personas hospitalizadas como ambulatorias, trabajando conjuntamente con profesionales de la salud de otras especialidades con la finalidad de mejorar su calidad de vida y reconocer una vez mas los beneficios del trabajo interdisciplinario, siendo siempre el mantenimiento de la reducción lograda el mayor desafío.

7. Marco Teórico

7.1. Obesidad y Sobrepeso

La Obesidad/Sobrepeso es definida por la Organización Mundial de la Salud como “una acumulación anormal o excesiva de grasa, que supone un riesgo para la salud”(25).

7.1.1. Causas

Esta enfermedad tiene varias causas:

- Componentes ambientales
- Culturales
- Sociales
- Sedentarismo
- Genética predisponente

Con respecto a la predisposición genética, existen gran variedad de investigaciones en las cuales se siguen trabajando, en la actualidad se sabe que las personas con predisposición a la obesidad pueden tener cambios en los siguientes sistemas:

- La LEPTINA (hormona secretada principalmente por los adipocitos), estimula el Sistema Nervioso Simpático para liberar Tirotrópica y Receptores Noradrenergéticos, que controlan la ingesta y el consumo de energía.
- Los receptores de la SERTONINA (neurotransmisor), que regulan la cantidad de alimentos.
- Los péptidos intestinales como la COLECISTOCININA (CCK), entre otros, que disminuyen la ingesta de alimentos.
- En el caso del GLUCAGON (hormona producida por los Islotes de Langerhans del páncreas), estimula la Gluconeogénesis y Glucogenólisis, favoreciendo el catabolismo.
- La INSULINA (hormona sintetizada y secretada por el páncreas), es un importante modulador del peso corporal por su acción lipogénica y antilipolítica, y por su papel en el desarrollo de la obesidad(5).

7.1.2. Diagnóstico

La Obesidad se diagnostica a través de un Índice llamado “Índice de Masa Corporal” (ver Tabla 1: Categorización del índice de Masa Corporal, página 6), donde se calcula el Peso (Kg)/Talla (m²), teniéndose en cuenta los siguientes parámetros (6).

7.1.3. Consecuencias

La adiposidad ubicada principalmente en la cavidad abdominal (obesidad abdomino visceral), sin tratamiento adecuado, conlleva a padecer enfermedades tales como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Cardiovasculares, Dislipemias, dificultades respiratorias, complicaciones osteoarticulares, entre otras (7).

7.1.4. Prevalencia

Actualmente en el mundo hay 100 millones de personas con sobrepeso y 300 millones que padecen obesidad (8), en el 2011 la Organización Mundial de la Salud, llevó a cabo un mapa de enfermedades no transmisibles en todos los países, donde se observó que en Argentina durante el 2008, en grupos de ingresos medianos/altos, se hallaban un 64,2% de sobrepeso y un 29,7% de obesidad (9).

Como éstas cifras sigan en ascenso, en pocos años se verá a millones de personas con las patologías asociadas a la obesidad ya nombradas anteriormente, esto llevará a una disminución de la calidad de vida en la sociedad obesa, mayores gastos económicos en salud para el país, etc. Por ello resulta importante trabajar en la prevención de esta enfermedad.

El tratamiento no quirúrgico en personas sin otras patologías, está basado en cambios en el estilo de vida, una dieta saludable y la realización de actividad física.

7.2. Trastornos mentales severos

La creciente carga de trastornos mentales que afecta a la poblaciones de América Latina es demasiado grande para hacer caso omiso a ello, las psicosis no afectivas (entre ellas la Esquizofrenia) tienen una alta prevalencia, motivo por el cual resulta asunto prioritario para la Salud Pública hoy en día (10).

7.3. Esquizofrenia

La Esquizofrenia según el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), se describe como una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos, los cuales se describirán mas adelante) que han estado presentes durante un período mayor a 1 (uno) mes (11).

El sujeto enfermo se ve así impulsado a perder el contacto con el mundo real y refugiarse en un mundo caótico – imaginario - (autismo) teniendo así graves deterioros cognitivos y comporta mentales (12).

7.3.1. Etiología

Su etiología es ignorada hasta la fecha, pero se encuentran varias hipótesis al respecto:

- Genética (2%para primos, hermanos y tíos; 13% para hijos; 17% para hermanos con un padre esquizofrénico; 46% para hijos con ambos padres esquizofrénicos y 48% para gemelos monozigotos).
- Enfermedades inmunovirales (virus de la influenza, durante el segundo trimestre de embarazo).
- Problemas Gestacionales/Perinatales (la hipoxia-isquemia fetal o neonatal) (12).

7.3.2. Prevalencia

La edad de aparición es entre los 15-25 años en los hombres y de los 25-35 años en las mujeres (11)(12).

En lo que respecta a las áreas rurales y urbanas, la incidencia es semejante, pero la prevalencia es mayor en las ciudades y en los estratos socioeconómicos más bajos.

Esta enfermedad afecta al 0.85% de la población mundial. Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la prevalencia de Esquizofrenia en América Latina tiene una tasa de 3.0% (11).

7.3.3. Síntomas

En la Esquizofrenia los síntomas se clasifican en :

- “Síntomas positivos”: algunos de ellos son las alucinaciones (pueden ser auditivas, táctiles, visuales, olfativas y/o gustativas), delirios (pueden experimentar persecuciones, culpa, situaciones místicas)(13), incluyéndose también trastornos del pensamiento, donde relata que sus ideas han sido sustraídas o impuestas).
- “Síntomas Negativos”: pobreza afectiva(disminuyen las emociones y sentimientos), alogía (empobrecimiento del pensamiento cognitivo), abulia (debilidad muscular), apatía (falta de interés)(13).

7.4. Drogas Antipsicóticas

Un antipsicótico es un fármaco que comúnmente – aunque no exclusivamente- es usado para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Se utilizan para hacer desaparecer la alucinaciones y las paranoias (14).

Se han desarrollado varias generaciones de drogas antipsicóticas:

- Las de **primera generación**, llamados antipsicóticos clásicos o típicos descubiertas en los años 1950 (14)
- Las de **segunda generación**, constituyen un grupo de antipsicóticos llamados atípicos de descubrimiento mas reciente (14).

Ambos tipos de medicamentos, los clásicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la Dopamina en el cerebro, aunque los atípicos tienen mas acciones bloqueantes sobre el receptor de la serotonina. Esta acción sobre diferentes grupos de receptores hace que los de primera generación tengan como efectos adverso primordial efectos extraparkinsonianos (bloqueo de la vía dopaminérgica), y los atípicos presenten mas incremento del peso corporal (bloqueo del receptor de la serotonina) (14).

Los tratamientos de fase aguda y de estabilización en situaciones de psicosis están basados en medicamentos antipsicóticos, los mas utilizados son los llamados “Antipsicóticos Atípicos” (APA) de los cuales los que serán evaluados en este trabajo por su mayor utilización son Clozapina, Olanzapina y Risperidona, aunque según la ONU en los efectos colaterales son mas favorables que los “Antipsicóticos Típicos” (APT), éstos implican mayor riesgo de aumento de peso y producen frecuentemente:

- Un perfil metabólico semejante a la diabetes tipo 2

- Desarrollo de insulino resistencia
- Hiperglucemia
- Dislipemias

Asociado a estos presentan:

- Hipertensión.
- Estilo de vida sedentario (14).

En 1958 se comenzó a tratar la esquizofrenia con Haloperidol, ahí fue donde se confirmó con los buenos resultados de este antipsicótico, que si se poseía un fuerte antagonista del receptor D2 (median la inhibición dopaminérgica de síntesis de prolactina y secreción de la misma, además de tener un papel importante en el control dopaminérgico del movimiento y la conducta), los resultados eran mas beneficiosos (15). Gracias a este gran avance se lanzaron numerosos antipsicóticos y nuevas clasificaciones de los mismos. En 1991 Gerlach propuso una nueva clasificación en la que se diferencian por su efecto sobre los receptores antagonizados y sus efectos secundarios, donde se los clasifican en “típicos “ y “atípicos”, ésta forma de clasificación es la mas utilizada en la actualidad(15).

Los APA tienen efectos secundarios extrapiramidales. Por el contrario los atípicos tienen una baja incidencia en efectos extrapiramidales (acasia, parkinsonismo, distonias, etc.), sin aumento de prolactina plasmática, sin disquesia tardía (15). Son muy efectivos en pacientes con resistencia al tratamiento y/o síntomas negativos explicados anteriormente.

7.4.1. Risperidona

Presenta efectos secundarios antiadrenergéticos como hipotensión ortostática y taquicardia. Otro efecto es el aumento de peso, en el cual se dará tratamiento especial mas adelante el cual podría deberse a los efectos serotoninérgicos.

La Risperidona es muy efectiva para el tratamiento de síntomas tanto positivos como negativos (15).

7.4.2. Olanzapina

Sus efectos colaterales son anticolinérgicos, somnolencia, mareos, agitación, astenia, nerviosismo, aumento de enzimas hepáticas y también aumento de peso corporal (15).

7.4.3. Clozapina

Estos tienen una mejor respuesta en los tratamientos psiquiátricos comparados con otros antipsicóticos. Sus efectos secundarios son: convulsiones, sialorrea, agranulocitosis y también aumento de peso corporal (15).

7.5. Síndrome Extrapiramidal

El acto motor voluntario, automático, postural y reflejo requiere de una integración compleja, regulada y controlada, y está mediada por la vía cortoespinal y por los núcleos motores del mesencéfalo y protuberancia.

Estructuras del tronco cerebral (protuberancia y núcleos rojos) colaboran con mecanismos neuronales de la postura en movimiento especialmente cuando éstos son muy automáticos y repetitivos. Además de las sensaciones táctiles, visuales y auditivas, están conectadas con la vía motora por centros de asociación (corteza premotora y motora accesoria), lo que permite la regulación sensorial del tacto motor, facilitando la coordinación del pensamiento y la acción.

Hay dos sistemas subcorticales: los ganglios basales y el cerebelo, que cumplen papeles importantes en el control del tono muscular, la postura y la coordinación del movimiento, como también la iniciación de ellos, a través de las conexiones tálamo. Por ésta integración tan rica, entre un sistema y otro, es muy difícil hacer una división anatómica y funcional. Así en general se dice que el sistema extrapiramidal se refiere a todas las vías motoras excepto a la piramidal. Por lo tanto podríamos distinguir tres síndromes motores:

- Con pérdida del movimiento voluntario (vía piramidal).
- Sin pérdida del movimiento voluntario y con resultado de pérdida de la coordinación (cerebelo).

- Síndrome motor asociado a rigidez, akinesia (falta de movimiento por completo), movimiento involuntarios y temblor; la lesión se ubica en los ganglios basales y sus vías.

Éste último es el que conocemos como Síndrome Extrapiramidal (26).

7.6. Acción de los antipsicóticos

En casos de tratamiento de psicosis, esquizofrenia, entre otras, se observa una alteración metabólica cerebral con una excesiva producción de la Dopamina (neurotransmisor, que cumple con las funciones de comportamiento y cognición, movimiento voluntario, la motivación y la recompensa, la inhibición de la producción de prolactina, el sueño, el estado de ánimo, la atención y el aprendizaje). Los antipsicóticos, bloquearían este exceso y restablecerían el equilibrio del metabolismo cerebral (3). Estas hormonas dopaminérgicas se encuentran en el área tegmental ventral del cerebro medio, sustancia negra e hipotálamo.

7.6.1. Psicosis y Dislipemias

El 68% de las personas con psicosis, presentan dislipemias, el 55% hipertensión y el 20% glucemias elevadas (3 veces mas que la población general), esto conllevaría a padecer Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentra en el 30% de las personas esquizofrénicas, que “puede estar en relación con una resistencia precoz a la insulina, observada hasta en el 15% de los pacientes sin diabetes clínica antes de iniciar un tratamiento”(16), el cual puede ser debido a la grasa abdominal que presentan estos mismos (7).

7.7. Antipsicóticos y aumento de peso

La persona esquizofrénica tiene una menor esperanza de vida a la de la población en general (7). Esto se debe a la mayor incidencia de suicidios, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas (que es 3 veces mayor a los individuos sin esquizofrenia) (13), al alto consumo de tabaco, dietas hiperlipídicas, ricas en azúcares simples y tratamiento con antipsicóticos. Todas estas situaciones sumadas al estilo de vida, llevaría a un aumento de peso que se vería reflejado en obesidad abdominal de 2 a 3 veces superior a la de la población sin trastorno mental severo.

Numerosos estudios (7, 17, 18, 4, 19) demuestran la asociación entre el consumo de antipsicóticos y la presencia de un marcado aumento de peso. Esto se debe a que éstos fármacos producen efectos secundarios en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos, ocasionando un incremento en el peso. Sin embargo no todas las alteraciones metabólicas inducidas por los antipsicóticos resultan en un aumento de la adiposidad; algunas persona experimentan otros cambios metabólicos como ser : glucemias elevadas, triglicéricos y/o colesterol elevados) pero sin cambios en el peso corporal.

“Tanto la Olanzapina como la Clozapina tiene una fuerte afinidad bloqueante de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2c}. Este bloqueo provoca voracidad e incremento de peso, con un aumento tanto de la grasa visceral como de la subcutánea. El uso de Clozapina y Olanzapina se asocia con dislipemias. La Clozapina eleva las concentraciones de triglicéridos, pero no el colesterol total. La Olanzapina incrementa ambos” (14).

En el caso de los individuos tratados con Risperidona, estos pueden sufrir efectos negativos sobre el metabolismo de la glucosa y/o de los lípidos (4), es por ello que se pueden observar glucemias elevadas en estos pacientes e hiperlipidemias (27).

Tabla 2: Posibilidad de que el psicofármaco incremente peso, desarrolle diabetes y empeore el perfil lipídico.

DROGA	AUMENTO DE PESO	RIESGO DE DIABETES	EMPEORAMIENTO DEL PERFIL LIPIDICO
Clozapina	+++	+	+
Olanzapina	+++	+	+
Risperidona	+	C	C
+: Aumento del efecto; C:controvertido			

Fuente: Isolabella y col. 2013 Argentina (27).

De 42.437 pacientes atendidos en varios centros de salud de atención primaria de Cataluña, con una edad promedio de 50 años, el 1.3% recibían tratamientos con

antipsicóticos de los cuales el 51.2% era atípicos. Se observó la presencia de Obesidad con Clozapina en un 8.7%; con Olanzapina un 18.8% y con Risperidona un 22.2%. Del total de la muestra el 35.9% presentaba dislipemias, el 19% diabetes mellitus, el 6.2% cardiopatías isquémicas, el 2.3% accidentes cardiovasculares, el 9.2% trastornos cardiovasculares, glucemia basal 106.6ml/dl promedió un 32.8%, triglicéridos 140mg/dl promedió un 89.7% y colesterol total 221.4 mg/dl en un 42,3% (4).

7.7.1. Aumento de peso en 10 semanas de tratamiento

Antipsicótico Aumento (7)

- Clozapina 4,45 (kg)
- Olanzapina 4,15 (kg)
- Risperidona 2,10 (kg)

De todos los APA nombrados, la Olanzapina se asoció con la mayor ganancia ponderal, pues este aumento durante el primer año de tratamiento podría exceder los 10 kg, en el caso de la Risperidona puede producir un aumento de 2 a 3 kg (7). La proporción de pacientes que aumentó más del 7% de su peso basal, fue un 30% con Olanzapina y un 14% con Risperidona (7).

El aumento producido por Clozapina y Olanzapina, según algunos autores, puede alcanzar una meseta entre los 8 y lo 18 meses, aunque la Clozapina puede mostrar un aumento de peso hasta la semana 46. Datos preliminares del estudio SOHO (Schizophrenia Out Patients Health Outcomes) demostraron que el aumento de peso medio, tanto en la Olanzapina como en la Risperidona, se manifiesta en los primeros 3 años del tratamiento (7).

Cabe destacar que los pacientes pueden estar con un bajo peso al inicio del tratamiento con antipsicóticos y con este aumento de peso provocado por los mismos, lleva a la persona a un estado nutricional adecuado; por ende el aumento de peso según IMC no siempre se considera obesidad (7).

En la Encuesta Nacional de Salud de EE.UU (National Health Interview Survey – NHIS; 1989) se observó que el 42% de los pacientes esquizofrénicos tenían un IMC >27 kg/m², comparado con aproximadamente el 25% de la población general, con una proporción

significativamente mayor de mujeres esquizofrénicas que tenían sobrepeso o eran obesas (7). Además las evidencias demuestran que los enfermos esquizofrénicos tienen una mayor adiposidad visceral que los individuos sanos (7).

Otros estudios efectuados para ver la relación aumento de peso/antipsicóticos, arrojaron datos como: reducción de peso de 0.74kg en tratamientos con placebo, mientras que en el tratamiento con APA como la Clozapina hubo un aumento de 4,45 kg; con Olanzapina 4,15 kg y con Risperidona 2,10 kg (17). Estos datos muestran a simple vista que existe un importante aumento de peso debido a los antipsicóticos utilizados. El que mayor incidencia en el peso corporal presentó fue la Clozapina.

Existen muchos estudios donde se puede observar una gran relación entre el consumo de antipsicóticos y el aumento de peso. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 75 pacientes en un Neuropsiquiátrico de la Ciudad de Necochea, en este estudio se les midió la Circunferencia de Cintura a fin de determinar la presencia de Obesidad Central y el Riesgo Cardiovascular, donde se observó que el 42,66% de los pacientes psiquiátricos presentaban Obesidad central, siendo mayor en mujeres y en los hombres mayor riesgo cardiovascular (5).

7.8. Actividad Física

Se considera Actividad Física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (21).

7.8.1. Gasto Energético

Es indispensable para el cuerpo humano la energía proveniente de los alimentos, para utilizarla en las funciones básicas del organismo.

De la energía producida por el cuerpo, aproximadamente el 20% es destinada al movimiento y contracción de los músculos, el 80% restante es utilizada en la regulación de la homeostasis y se pierde por calor (21).

Este gasto energético total se compone de (21):

a. Gasto Energético Basal (GEB)

Energía necesaria para mantener el metabolismo celular, de los tejidos, circulación, sanguínea, respiración y procesos gastrointestinales y renales.

b. Efecto Térmico de los Alimentos (ETA)

Es la energía utilizada en la digestión, absorción, transporte, metabolismo y depósito de los nutrientes extraídos de los alimentos ingeridos.

Este representa del 6-10% del gasto energético diario.

c. Gasto por Actividad Física

Es el gasto que tiene mayor variación. Incluyen movimientos voluntarios (ejercicios) como involuntarios (ej. Escalofríos).

En él influyen la intensidad de la actividad física, la duración, las condiciones físicas, el tamaño corporal, etc.

Representa del 10-15% del gasto energético diario en personas con vidas sedentarias, pero este porcentaje se puede aumentar hasta el 50% con una actividad física más activa.

7.8.2. Actividad física y salud

Hace millones de años atrás, los seres humanos tenían que luchar en búsqueda de sus alimentos para sobrevivir, gastando así su energía corporal. Hoy en día dado los avances tecnológicos, la disponibilidad de los alimentos es más simple, gracias a los medios de transporte y máquinas que reemplazan el trabajo del hombre, por esto mismo hoy en día las personas llevan una vida más sedentaria.

Más del 70% de la población en países desarrollados no realizan actividad física suficiente como para mantener una vida saludable (22). Además se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (20). Los dos principales factores que intervienen en el estado de salud de las personas son las características genéticas y el estilo de vida.

En la Argentina la mayoría de las principales causas de muerte corresponden a enfermedades crónicas relacionadas directamente con la falta de cambio de conducta asociadas al estilo de vida (21).

La actividad física es beneficiosa no sólo para el gasto energético para la disminución de peso, sino también para reducir el riesgo de hipertensión, cardiopatías coronarias,

accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas, mejora la salud ósea y funcional (20,22).

8. Estado del arte

Se pueden observar numerosas investigaciones, donde se corrobora la relación del consumo de antipsicóticos con el aumento de peso corporal, como es el caso de Sincras Mainar en España, la cual investigó el “Impacto de la obesidad en la utilización de fármacos antipsicóticos en población adulta atendida en varios centros de atención primaria”, fue un Estudio de diseño retrospectivo, multicéntrico, llevado a cabo entre Julio 2004 y Junio 2005, en pacientes tratados con Antipsicóticos (AP). Las principales medidas fueron: consumo de AP, sexo, y edad, comorbilidades y parámetros clínicos.

En sus conclusiones no solo se pudo confirmar que la obesidad estaba asociada al uso de AP, sino que además se relacionó éste tratamiento con la presencia de hipertensión, diabetes y dislipemia (4).

Algunos investigadores aseguran que la Olanzapina es el AP que mayor relación tiene con el aumento de peso corporal, como lo afirma el trabajo: “El aumento de peso y los cambios en las variables metabólicas después del tratamiento con Olanzapina en la esquizofrenia y el trastorno bipolar”, realizado por Citrome L. en 2010, el cual utilizó la base de datos Pub Med para buscar publicaciones que incluían información sobre las medidas de los cambios de peso, índice de masa corporal y/o variables metabólicas en los estudios aleatorios de Olanzapina publicados entre 1992 y 2010; en largo plazo (>48semanas) el cual arrojó los siguientes resultados la ganancia media de peso fue de 5,6 kg. Las proporciones de pacientes que obtuvieron al menos el 7% , 15% o 25% de su peso inicial con la exposición a largo plazo fueron de 64%, 32% y 12%, respectivamente (23).

En el estudio realizado por Citrome (2011) se ha sugerido que el aumento de peso durante el curso temprano del tratamiento con Olanzapina puede predecir la ganancia de peso clínicamente significativa después de la exposición a largo plazo a la droga. Los cambios en las variables metabólicas, tales como índices elevados de metabolismo de la glucosa y el nivel de triglicéridos , también se han observado durante el tratamiento con Olanzapina. Las guías de consenso destacan la importancia de la detección base de referencia y el seguimiento permanente de aumento de peso y variables metabólicas para las personas que reciben todos los tratamientos antipsicóticos. Programas de control de

peso a largo plazo se han demostrado para reducir el aumento de peso en algunos pacientes (23).

El estudio precedente también sugiere que el aumento de peso temprano durante el curso del tratamiento con Olanzapina, puede predecir un aumento de peso clínicamente significativo después de la exposición a largo plazo a la droga. Los cambios en las variables metabólicas, tales como índices elevados de metabolismo de la glucosa y el nivel de triglicéridos, también se han observado durante el tratamiento con Olanzapina (23).

Otro autor que ratifica esta teoría es Saddicha (2011) , en su investigación llamada “Los predictores de la ganancia de peso inducida por antipsicóticos en el primer episodio psicótico: conclusiones de un estudio aleatorio, doble ciego, prospectivo y controlado de la Olanzapina, Risperidona y Haloperidol”, en el que se evaluó a pacientes recién diagnosticados con primer episodio de esquizofrenia tratados con medicamentos AP: Olanzapina, Risperidona o Haloperidol y controles sanos fueron seguidos durante 6 semanas. Se calculó el IMC, CC y los cambios de peso y la proporción de sujetos con mas de un 7% de ganancia de peso.

Los resultados confirman el aumento de peso clínicamente significativo y sustancial inducido por el tratamiento antipsicótico, en pacientes con primer episodio de esquizofrenia y se identifican varios factores de riesgo para el aumento de peso, tales como puntajes mas bajos de IMC, el uso de la Olanzapina y un diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada (24).

También Kelly (2008) en su publicación “ Riesgo metabólico con la segunda generación de tratamiento antipsicótico: un ensayo aleatorio doble ciego de 8 semanas de la Risperidona y la Olanzapina” demuestra como en el estudio realizado de 8 semanas con doble ciego aleatorio en el cual incluía a pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo asignados al azar a la Risperidona o la Olanzapina, monitoreándoles el peso, IMC, colesterol total (CT), LDL-C, HDL-C y triglicéridos (TG) se dedujo la existencia en el aumento del IMC en el grupo de Olanzapina con respecto al de Risperidona (19).

Se considera indispensable la intervención del Licenciado en Nutrición en aquellos tratamientos que cursan con el consumo de antipsicóticos atípicos con el fin de prevenir y

controlar el aumento de peso inducido por estos mismos como se ha demostrado en el artículo Nill y col (2008-2009) (18).

En otra investigación titulada “Obesidad central, consumo de antipsicóticos y análisis de menús en instituciones psiquiátricas” de la ciudad de Necochea de la Universidad FASTA; en el 2009, de casos y controles, donde 25 mujeres obesas postmenopáusicas tratadas con medicamentos antipsicóticos y 28 individuos de control obesos sanos fueron seguidos durante 3 meses, se utilizó un programa nutricional diseñado individualmente para cada participante. Las principales medidas tomadas al inicio y a los 3 meses del mismo fueron: medidas antropométricas, composición corporal, glucosa en sangre y mediciones de lípidos.

Los resultados destacaron que hubo una reducción significativa en el peso corporal, IMC, la circunferencia de cintura y la grasa se encuentra tanto en los pacientes y sus comparaciones saludables desde el inicio hasta 3 meses. Los niveles de glucosa y y de los lípidos no se alteraron durante la intervención en el grupo de los pacientes, mientras que se observaron cambios significativos en las mujeres saludables de colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos.

Se llegó a la conclusión que las mujeres obesas posmenopáusicas que toman medicamentos antipsicóticos atípicos parecen responder favorablemente a un programa nutricional. Las mejoras observadas en el IMC y la grasa corporal no son relevantes en comparación con sus homólogos sanos; además no se encontró ningún cambio en los niveles de lípidos en el grupo de los pacientes (18).

Estos hallazgos sugieren que los antipsicóticos atípicos pueden jugar un papel adverso en la pérdida de grasa y metabolismo de los lípidos en esta población.

9. Metodología

9.1. Unidad de análisis

54 mujeres internadas en el Hospital Neuropsiquiátrico Hospital Interzonal “José A. Esteves” de la Localidad de Temperley - Provincia de Buenos Aires - con tratamiento antipsicótico con fármacos de segunda generación, también llamados atípicos, tales como Clozapina, Olanzapina y Risperidona durante el período Julio 2013 a Julio 2014.

9.2. Tipo de muestra

No probabilística, por conveniencia.

9.3. Tipo de estudio

No experimental, retrospectivo, longitudinal.

9.4. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico para mujeres “José A. Esteves”, en la localidad de Temperley, Provincia de Buenos Aires.

El Hospital alberga a 875 mujeres que reciben a diario tratamiento psicológico y psiquiátrico de mediana y alta complejidad.

El mismo, está constituido por 13 Salas de internación, un Hospital de Día y un Hospital de Noche, una Sala de Cuidados Clínicos, que incluye consultorios de diversas especialidades, una Sala de Consultorios Externos, una Farmacia, una Sala de Guardia de 24 horas y un Centro de Rehabilitación donde se realizan diversos talleres, huerta y un espacio físico al aire libre con juegos para realizar actividad física.

El Servicio de Alimentación es de tipo autogestión centralizada con tres Licenciadas en Nutrición a cargo del mismo, de la cocina, del personal específico para la tarea y de la atención individualizada de las residentes.

10. Hipótesis

“De los antipsicóticos en estudio (Clozapina, Risperidona, Olanzapina), la Olanzapina está asociada a un mayor incremento del peso corporal”.

10.1. Variables y categorías

- **Categoría: Incremento de peso SI/NO**
- **Categoría: IMC** actual/inicial al tratamiento con antipsicóticos (ver Tabla 1: Categorización del índice de Masa Corporal, página 6).
- **Antipsicóticos utilizados por las residentes**

Risperidona	SI/NO
Olanzapina	SI/NO
Clozapina	SI/NO

Tabla 3: Fuente: revisión de historias clínicas de las pacientes.

- **Dosis Administrada**

Tabla 4: Clozapina

Valor	Indicador
Baja	Menor o igual a 200 mg/día
Normal	Entre 200 - 450 mg/día
Alta	Mayor o igual a 450 mg/día

Fuente: Allison David B 1999

Tabla 5: Olanzapina

Valor	Indicador
Baja	Menor o igual a 5 mg/día
Normal	Entre 5 – 20 mg/día

Alta	Mayor o igual a 20 mg/día
------	---------------------------

Fuente: Allison David B 1999

Tabla 6: Risperidona

Valor	Indicador
Baja	Menor o igual a 4 mg/día
Normal	Entre 4 – 6 mg/día
Alta	Mayor o igual a 6 mg/día

Fuente: Allison David B 1999

- **Tiempo de duración del tratamiento**

Tabla 7: Tiempo de duración del tratamiento

Valor-Categorización	Indicador
Corto	6 a 12 meses
Mediano	1 a 3 años
Prolongado	3 a 5 años

Elaboración propia

- **Tipificación dietética**

Tabla 8: Tipificación dietética

Valor-Categorización	Indicador
----------------------	-----------

Hipocalórico	Menor o igual a 1800 kcal.
Normocalórico	Entre 1800 a 2300 kcal.
Hiperocalórico	Mayor o igual a 2300 kcal

Fuente: Tipificación dietética según pliego del hospital confeccionado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

- **Nivel de actividad física**

Tabla 9: Nivel de actividad física

Valor-Categorización	Indicador
Sedentario	Sin actividad física alguna
Moderado	Tareas domésticas y 1 vez por semana actividad física (natación, aerobio y caminatas saludables)
Activa	2 a 3 veces por semana actividad física (natación, aerobio y caminatas saludables)

Fuente: Torresani M. 2009 (6).

10.2. Fuente de datos

10.2.1. Primaria

Datos recolectados de las Historias Clínicas de las pacientes internadas, de las cuales se preservó su identidad.

10.2.2. Criterios de Inclusión

- Mujeres de 20 a 45 años de edad que se encuentran internadas en el Neuropsiquiátrico Hospital Interzonal “José A. Esteves” de la Localidad de Temperley de la Provincia de Buenos Aires tratadas con antipsicóticos de segunda generación como Clozapina, Risperidona y Olanzapina durante el período Julio 2013 a Julio 2014.

10.2.3. Criterios de exclusión

- Pacientes con tratamiento complementado con antipsicóticos de primera generación (Haloperidol, Perfenazina, Clorpromazina, Trifluoperazina, Clotiapina, Levomepromazina, Periciazina, Pomozida, Sulpirida, Tioproperazina) (4)
- Pacientes con hipotiroidismo y otras patologías que aumenten el peso corporal.
- Pacientes ambulatorios.
- Pacientes inmovilizadas.
- Pacientes con trastornos de deglución y/ o soporte nutricional enteral o parenteral.

10.2.4. Criterios de eliminación

- Historias clínicas que se encontraban:
 - Incompletas
 - Desactualizadas
 - No legibles

10.3. Análisis de datos

10.3.1. Planilla de elaboración propia

Se utilizó el programa Libreoffice Calc 4.3.3.2, en donde se diseñó una Matriz de datos para arrojar la información obtenida por las Historias Clínicas e información brindada por las Licenciadas en nutrición.

La planilla contenía datos tales como: Número (se omitió el nombre para preservar la identidad de las residentes), edad, peso, talla, IMC, patología, antipsicótico utilizado, dosis, plan nutricional y nivel de actividad física.

Esta matriz de datos permitió la realización de gráficos y tablas para el procesamiento y análisis de los datos, de forma clara y sistemática.

11. Método

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Interzonal “José A. Esteves” de la Localidad de Temperley, sobre mujeres de 20 a 45 años de edad, las cuales debían estar con tratamiento antipsicótico con Clozapina, Olanzapina y/o Risperidona desde Julio 2013 a Julio 2014.

Se solicitó al sector Farmacia de la Institución mediante las Licenciadas en Nutrición un listado con las mujeres que dentro del período antes mencionado se encontraban en tratamiento con algunos de los fármacos en estudio.

Dicho listado contenía el nombre de 73 mujeres, con número de historia clínica, droga administrada en el período a estudiar y dosis diaria de la misma.

Se analizó cada historia clínica de forma personalizada, donde se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y luego se procedió a completar la tabla de elaboración propia con los datos extraídos de las mismas.

11.1. Muestra

54 mujeres que reciben tratamiento antipsicótico de segunda generación y cumplen con los criterios de inclusión.

11.2. Principios Éticos

Previo a la recolección de datos se solicitó por escrito a la Dirección del Establecimiento autorización para llevar a cabo la tarea, aclarando los propósitos de la investigación y el uso de la misma, garantizando confidencialidad de de la información recabada como así también privacidad de las mujeres incluidas ().

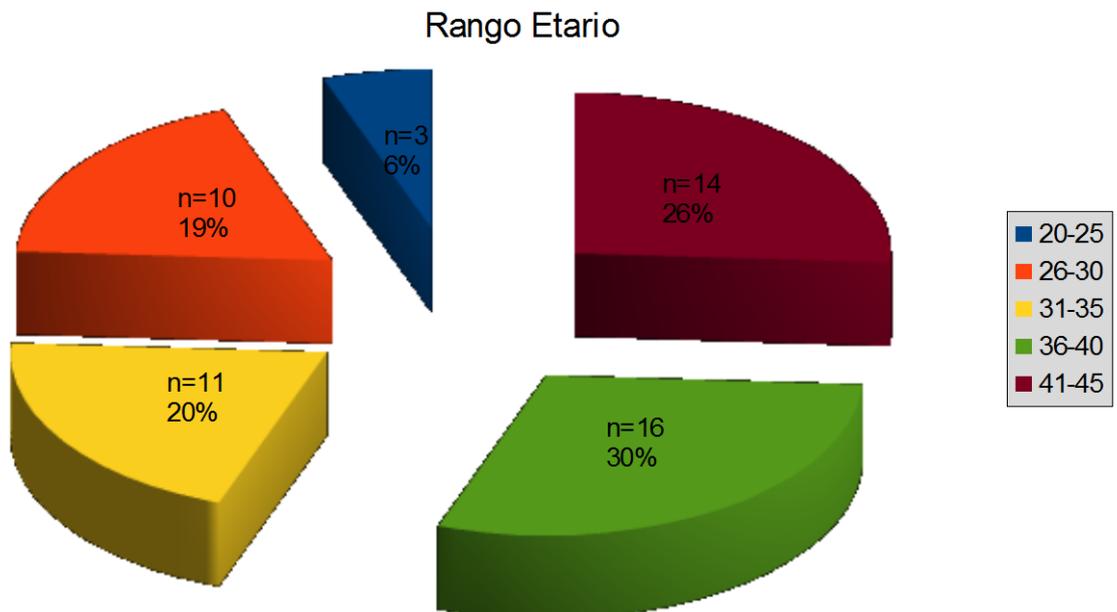
12. Resultados

12.1. Variables demográficas y antropométricas: porcentaje de rangos etarios

Del total de la muestra (n=54), se obtuvieron los diferentes sub-rangos etarios: 30% de 36 a 40 años; 26% 41 a 45 años; 20% 31 a 35 años; 18% 26 a 30 años y un 6% 20 a 25 años (Gráfico 1).

Gráfico 1

Fuente de elaboración
propia

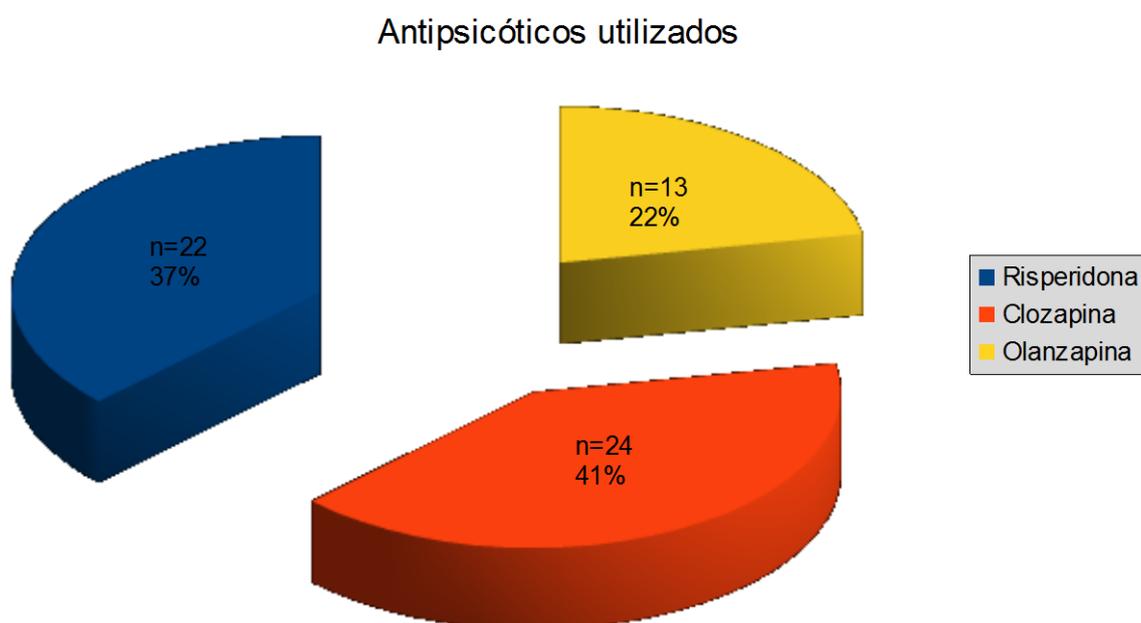


12.2. Antipsicóticos utilizados con las pacientes

El 41 % (n=24) de las mujeres tenía indicado Clozapina, el 37% (n=22) Risperidona y el 22% (n=13) Olanzapina (Gráfico 2).

Gráfico 2

Fuente elaboración propia

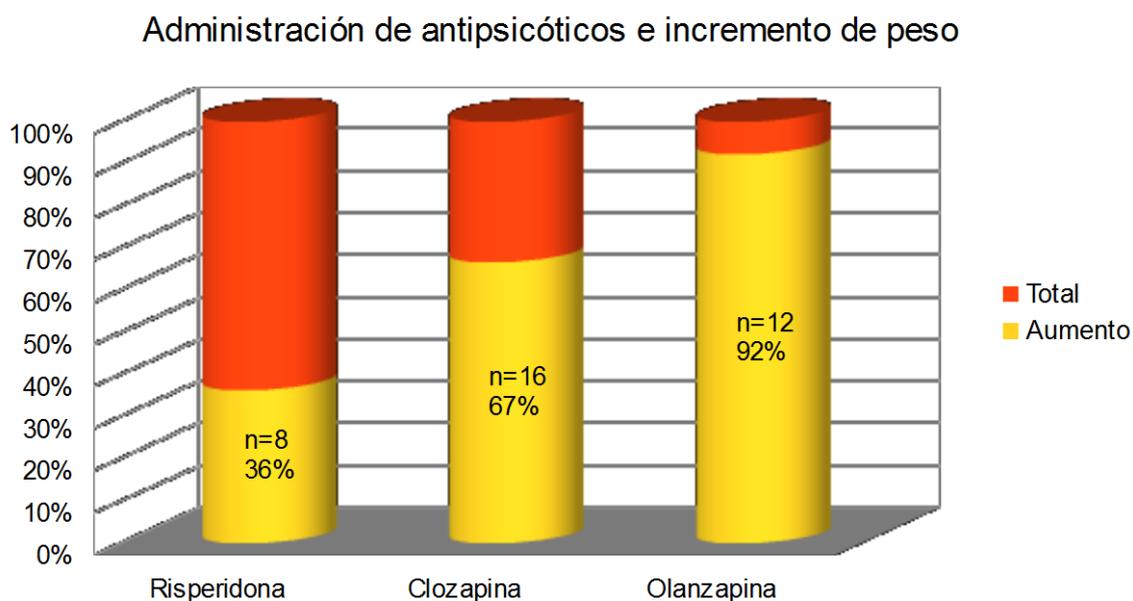


12.3. Relación entre administración de antipsicóticos e incremento de peso

De toda la muestra evaluada (n=54), un 66,6% (n=36) aumentó de peso, de las cuales el 29,62% (n=16) corresponden a quienes consumían Clozapina; el 22,22% (n=12) Olanzapina y un 14,81% (n=8) Risperidona (Gráfico 3).

Gráfico 3

Fuente elaboración propia



12.4. Pacientes que sufrieron modificaciones del peso según IMC inicial y actual con respecto a la utilización de las diferentes drogas

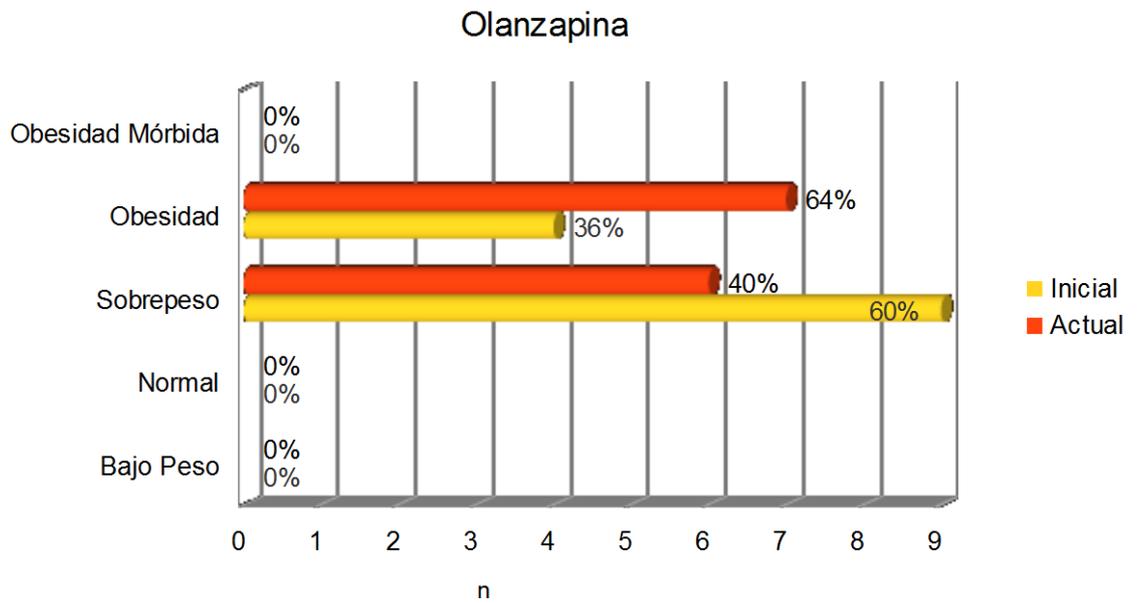
En el Gráfico 4 se observa que de la cantidad de pacientes que iniciaron el tratamiento con Risperidona con un IMC de Sobrepeso (IMC= 25-29,9), éste disminuyó, aumentando así el total de pacientes con IMC Normal (IMC= 18,5-24,9) y a su vez las que tenían Obesidad Mórbida (IMC= > o = a 40) pasaron a la categoría de Obesidad (IMC= 30-34,9).

Gráfico 4

En el caso de la Olanzapina las pacientes que iniciaron el tratamiento con un IMC de Sobrepeso (IMC = 25-29,9), éste disminuyó, pasando las mismas a incrementar su IMC colocándose en la categoría de Obesidad (IMC = 30-34,9) (Gráfico 5).

Gráfico 5

Fuente elaboración propia



Con respecto a la Clozapina no se registraron modificaciones significativas en el IMC.

12.5. Incremento de peso según antipsicótico, dosificación y duración del tratamiento

En el Gráfico 6 se puede observar que las pacientes que aumentaron de peso consumiendo Risperidona (n=8), el 75% (n=6) transitaba con un tratamiento medio (1 a 3 años) y una dosis baja (< a 4 mg/día) promedio. En el caso de la Clozapina (n=16), el 62,5% (n=10) transitaba con un tratamiento medio (1 a 3 años) y una dosis normal (200-420 mg/día) promedio; por último, de las pacientes que consumían Olanzapina (n=13), el 92,30 % (n=12) transitaba con un tratamiento medio (1 a 3 años) y una dosis normal (5-20 mg/día).

Gráfico 6

Fuente: Elaboración propia

12.6. Consumo de antipsicóticos, aumento de peso, actividad física y dieta

Con respecto a la actividad física se observó que todas las mujeres que tenían indicado los antipsicóticos de estudio, realizaban una actividad moderada (alguna actividad física realizada al menos 2 veces por semana con profesor) y mantenían una dieta hipocalórica diaria (<1800 kcal/día), sin embargo los cambios en el peso corporal se manifestaron en

forma negativa dejando una marcada evidencia entre la baja influencia sobre este aumento que tiene la Risperidona en comparación con la Clozapina y Olanzapina

Risperidona: del total de mujeres que la consumían (n=19) sólo el 50% (n=8) aumentaron de peso con igual actividad y plan alimentario que las que consumían Clozapina (n=22) aumentando de peso un 72% (n=16) y Olanzapina (n=13) aumentando de peso un 92% (n=12) Gráfico 7.

Gráfico 7

Fuente: elaboración propia

13. Discusión

Los estudios de Jufe (2008), Allison (1999), Nill (2009), Sincras Mainar (2008) y Kelly (2008) demuestran una relación marcada entre el tratamiento con antipsicóticos de segunda generación (Clozapina, Risperidona y Olanzapina) y el aumento de peso.

En el presente estudio se observó que en una muestra de 54 mujeres que tenían indicado alguno de estos antipsicóticos mencionados, más de la mitad, un 61% (n=36) aumentó de peso (ver Gráfico 3), de las cuales el 67% (n=16) corresponden a quienes consumían Clozapina; el 92% (n=12) Olanzapina y un 36% (n=8) Risperidona.

En el caso de la Olanzapina las pacientes que iniciaron el tratamiento con un IMC de Sobrepeso (IMC = 25-29,9), incrementaron el mismo, colocándose en la categoría de Obesidad (IMC = 30-34,9) (ver Gráfico 5). Como es el caso del estudio realizado por Citrome et al (2011), donde se utilizó la base de datos Pub Med para la búsqueda de publicaciones que incluían información sobre las medidas de los cambios en el peso, IMC y/o variables metabólicas en los estudios aleatorios de Olanzapina publicados entre 1992 y 2010, a lo largo de 48 semanas, en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar que se encontraban bajo tratamiento con Olanzapina, donde el trabajo ratificó que el uso de APA, principalmente ésta droga, induce a un aumento de peso corporal (23).

El estudio de diseño retrospectivo, multicéntrico, llevado a cabo por Sincras Mainar A y col entre julio 2004 y junio 2005, en pacientes que cursaban con un tratamiento de APA, se pudo confirmar que la obesidad estaba relacionada con el uso de éstos. Del total de la muestra (n=42437) mujeres, el 72% (n=30843) aumentaron de peso, observando una similitud con el presente trabajo donde más del 50% de la muestra incrementó su peso corporal (4).

Saddicha et al 2011 realizó un estudio con 99 pacientes esquizofrénicos con tratamiento de antipsicóticos los cuales tuvieron un seguimiento durante 6 semanas. Se le calculó el IMC, CC y se registraron los cambios en el peso corporal. Al final del estudio se pudo demostrar que si bien los APA inducen a un aumento de peso, el que tuvo mayor influencia en el mismo fue la Olanzapina en comparación con la Risperidona (24).

Lo mismo corroboró Kelly et al (2008), en un trabajo realizado, el cual se llevó a cabo durante 8 semanas, con doble ciego aleatorio, que incluyó a pacientes con esquizofrenia

con consumo de Risperidona u Olanzapina, éste dio como conclusión que los pacientes que consumían Olanzapina sufrieron un mayor aumento de peso en comparación con los que consumieron Risperidona (19).

Cabe aclarar que algunos de los estudios mencionados fueron realizados sobre población mixta mientras que el presente sólo contempló pacientes femeninas.

14. Conclusión

Marcada evidencia sobre la baja influencia en el aumento de peso demostraron las diferencias en los IMC iniciales con los actuales, a saber, que de la cantidad de pacientes que iniciaron el tratamiento con Risperidona con un IMC de Sobrepeso (IMC= 25-29,9), éste disminuyó, aumentando así el total de pacientes con IMC Normal (IMC= 18,5-24,9) y a su vez las que tenían Obesidad Mórbida (IMC= > o = a 40) pasaron a la categoría de Obesidad (IMC= 30-34,9).

Analizando el estudio de Allison et al “ut supra” y en base al presente trabajo realizado, se infiere que la Risperidona, droga sumamente eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia, tiene un menor efecto negativo en la ganancia de peso del paciente. Si a este beneficio se le suma el seguimiento personalizado del Licenciado en Nutrición con educación alimentaria, una dieta hipocalórica y se complementa con actividad física de moderada a activa se puede estar frente a una alternativa de elección de un tratamiento antipsicótico que no genere comorbilidades en pacientes con trastornos mentales severos.

Los datos obtenidos corroboran la hipótesis del trabajo, donde se pudo confirmar que de los Antipsicóticos estudiados, la Olanzapina es la que tiene mayor incidencia en el incremento de peso si se tiene en cuenta que del total de la muestra (n=59) un 61% (n=36) aumentó de peso con igual dieta y actividad física. Esto permite tener una visión más clara del posible efecto adverso de la droga.

Se propone realizar un estudio de investigación donde se evalúe una población mixta con mayor contenido de dosis diaria y mayor duración de tratamiento (prolongado) como así también la administración en forma conjunta de al menos dos de las drogas estudiadas.

15. Bibliografía

- 1 Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas de salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2006. [citado: 2002 jun 20]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 2 Moretin-Aldabe Be et al. Influencia de la administración de psicofármacos en el aumento del peso corporal. Rev. Esp.Nut. Hum.Diet. España.2013;17(1):17-26.
- 3 Casañas Milagros Marot. Nutrición cerebral. Acta Médica 2003;11(1):26-37.
- 4 Sincras Mainar A; y col. Impacto de la obesidad en la utilización de fármacos antipsicóticos en población adulta atendida en varios centros de atención primaria. Actas Españolas de Psiquiatría 2008; 36(2):90-93.
- 5 Rodriguez Lidia Esther Scull. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Rev. Cubana Endocrinología Vol.14 nº2. Ciudad de La Habana Mayo-Agosto 2003.
- 6 Torresani María Elena y col. Lineamientos para el cuidado nutricional.. Argentina 3º edición. Eudeba; 2009.
- 7 Jufe Gabriela Silvia. Síndrome metabólico inducido por antipsicóticos, el problema de la obesidad. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, efectos adversos de fármacos; Noviembre-Diciembre 2008; 19(82): 338-347.
- 8 Britos Sergio y col. Obesidad en Argentina: ¿Hacia un nuevo fenotipo? CESNI Julio 2004.
- 9 Organización Mundial de la Salud. ENT perfiles de países 2011.
- 10 Kohn R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública.2005;18(4/5):229-40.
- 11 Lopez Juan J; y col. DSM IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Pág.280. Masson España; 1995.

- 12 FantinJuan Carlos. Alcmeon. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol.12. nº1, pág.24 a 50. Marzo 2006.
- 13 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente;2009. Guia de Práctica Clínica: AATRM nº2006.
- 14 Isolabella Dora y col. Drogas que modifican el peso corporal. Argentina. Ediciones Farmacológicas;2013.
- 15 Ramirez Luis F.; et al. Nuevos antipsicóticos. Revista de Neuropsiquiatría, 60 (supl.1):s39-s49.1997.
- 16 Rodriguez Fernando; et al. Valoración y control de riesgo metabólico y cardiovascular en los pacientes con esquizofrenia (revista en línea). Artículo 167.257.Med. Clin.(Barc).2006;127 (14):542-8.
- 17 Allison David B; et al. Aumento de peso inducido por antipsicóticos:una síntesis exhaustiva de investigación. The american journal of psychiatry. .Noviembre 1999.
- 18 Nill A.; Senzacua M; Dahl E. Obesidad central, consumo de antipsicóticos y análisis de menú en instituciones psiquiátricas de la Ciudad de Necochea. Universidad FASTA.2009.
- 19 Kelly DL; et al. Riesgo metabólico con la segunda generación de tratamiento antipsicótico: Un ensayo aleatorio doble ciego de 8 semanas de la Risperidona y la Olanzapina. Ann Clin. Psiquiatría.2008. Abril-Junio; 20(2): 71-8.
- 20 OMS. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, Página Web.2014.
- 21 Onzari Marcia. Alimentación y Deporte Guía Práctica. Editorial El Ateneo.2010. Cap4; pág. 59-61.
- 22 Marquez Sara Rosa; y col. Salud y efecto de la actividad física; Monografía. Edición Diaz de Santos 2012.

23 Citrome L, et al. EL aumento de peso y los cambios en las variables metabólicas después del tratamiento con Olanzapina en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Clin Drogas Investg.2011; 31(7):455-82.

24 Saddiccha S;et al. Los predictores de la ganancia de peso inducida por antipsicóticos en el primer episodio psicótico: conclusiones de un estudio aleatorio, doble ciego, prospectivo y controlado de la Olanzapina, Risperidona y haloperidol.

25 Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Obesidad

Disponible en

<http://www.who.int/topics/obesity/es/>

26 Pacheco Rivas Luis et al. Síndromes extrapiramidales, 2003.

Disponible en

<http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/c9.pdf>

27 Isolabella Dora y col. Farmacología para Nutricionistas. Drogas que modifican el peso corporal. Edición 2013, Ediciones Farmacológicas. Pág.30.

16. Anexos

16.1. Anexo 1

Carta de presentación al Director de la Institución

Temperley, Agosto 9 de 2014

Dr. Director Ejecutivo

del Hosp. Int "José A. Esteves"

Dr. Julio AINSTEIN

S_____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar su autorización para acceder a las Historias Clínicas de las mujeres internadas en el Establecimiento.

Motiva mi pedido el hecho de encontrarme cursando el último año de la Carrera Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud cito en la calle Venezuela 730 C.A.B.A. y realizando mi Trabajo Final Integrador titulado : "Consumo de Antipsicóticos Atípicos y Aumento de Peso".

Cabe aclarar que los datos recabados serán utilizados exclusivamente para la confección del Trabajo de Investigación, garantizando preservar la identidad de las pacientes que se hallen dentro de los criterios de inclusión.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, lo saludo muy atte.

BIDEGAIN Andrea A.

DNI 23.767.311