

EDITORIAL

Nuevos tiempos para la Sanidad Penitenciaria: los condicionantes de la edad y del síndrome metabólico

Se avencinan nuevos tiempos en la Sanidad Penitenciaria o cuando menos distintos, ya que nos trasladamos de la época del control y manejo de la patología infecciosa a la del incremento de las patologías crónicas no transmisibles¹⁻², que nos obligará a implementar cambios estructurales y funcionales en nuestro sistema organizativo. Estos cambios responden por un lado al envejecimiento poblacional: la esperanza de vida ha aumentado en los últimos 50 años entre 12 y 13 años de media³ pasando en los varones de 67 a 79 años y en las mujeres de 72 a 85 años. Y por otro, son consecuencia del mantenimiento de hábitos de vida poco saludables: dietas inadecuadas, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, etc, que han dotado a la “edad” y al “síndrome metabólico” de una enorme importancia.

Cumplir años no es sinónimo de enfermedad, pero la adicción al envejecimiento de factores de riesgo epidemiológico origina mayor prevalencia de patologías crónicas y por tanto de morbilidad. La media de edad de los presos españoles es actualmente de 39 años, aunque debe destacarse que en lo que llevamos de siglo XXI ha aumentado casi cuatro veces el número de presos de más de 60 años, que ha pasado de 584 a 2.071. De hecho, sólo en la franja comprendida entre los 41 y los 60 años hay 22.862 reclusos; es decir, 1 de cada 3 presos españoles⁴. En consecuencia, los ingresados en prisión, como también ocurre con los que ya están recluidos, son, cada vez más frecuentadores de recursos asistenciales y más frecuentemente tratados con fármacos para el control de procesos crónicos como la hipertensión, la dislipemia, la diabetes, la hiperuricemia, la EPOC o las patologías cardiocirculatorias y/o isquémicas; como ya se ha constatado en algún estudio realizado en prisiones españolas⁵.

El síndrome metabólico fue descrito en 1923 por el médico sueco Eskil Kylin, quien lo describió como una asociación entre hipertensión, aumento de glucosa y presencia de gota⁶. Hasta los años 80 se utilizaron distintas definiciones para un mismo concepto, como la del “síndrome X” de Raven⁷, que lo definía como: “el conjunto de alteraciones metabólicas que tenían como centro la resistencia insulínica”. Actualmente, para la Federación Internacional de Diabetes

(FID) el síndrome metabólico es “el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia”⁸. Este síndrome es uno de los principales problemas de salud pública del siglo actual. Estudios realizados en nuestro país agrupando datos de distintas comunidades autónomas, como el estudio ENRICA⁹ o el estudio DARIOS¹⁰ dan prevalencias de síndrome metabólico del 22,7-32,0% en la población española. Esta prevalencia es todavía mayor cuando se valora con los mismos criterios de la FID a pacientes que presentan esquizofrenia o trastornos bipolares, como se ha reflejado en el estudio CRESOBS¹¹ que muestra una prevalencia del 71,1% de los varones y del 65,8% de las mujeres diagnosticadas. Entre los factores predictivos se citan el riesgo genético, el sedentarismo, la inactividad, la dieta y el uso de antipsicóticos de segunda generación (clozapina, olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona o aripiprazol), que disminuyen los efectos adversos extrapiramidales con respecto a los de primera generación, pero aumentan el peso de los pacientes y el riesgo de dislipemia y/o de hiperglucemia, favoreciendo la aparición de síndrome metabólico¹²⁻¹³. Esto es especialmente trascendente en prisión, donde la prevalencia de trastornos mentales graves cuadruplica la de la población general¹⁴ y donde aproximadamente el 44% de los pacientes que acuden a las consultas psiquiátricas penitenciarias presentan trastornos psicóticos y otro tipo de trastornos tratados con neurolépticos¹⁵.

Como se deduce de lo comentado hasta ahora, la asistencia penitenciaria debe adaptarse al envejecimiento de su población y al riesgo, cada vez mayor, de alteraciones que forman parte del síndrome metabólico.

Para ello no basta con recordarlo y argumentarlo, sino que se precisa la implementación de actividades y programas, intra y extrapenitenciarios, de carácter preventivo y asistencial que aporten mucho más que datos epidemiológicos. Es necesario diseñar e implementar estrategias preventivas (para dejar de fumar,

para promover el ejercicio aeróbico, para evitar el sobrepeso y la obesidad, etc.) que tengan como objeto reducir causas de mortalidad prematura que habían quedado en segundo término por la importancia de la epidemia del VIH/Sida en prisión². Y probablemente ello precise de esfuerzos mayores en ámbitos como el penitenciario, donde hábitos de riesgo como el tabaquismo están especialmente extendidos —algunos trabajos estiman la prevalencia de consumo de tabaco en los presos entre el 70-80%^{5, 16} y son difíciles de eliminar. En todo caso, parece evidente que los pilares que sustenten un plan global de futuro debe construirse desde la prevención, orientada a conseguir una modificación en los hábitos de vida, sobre todo en cuanto a mejorar hábitos dietéticos, promocionar la actividad física y eliminar el tabaquismo. Para ello, probablemente sea necesario realizar una profunda transformación social, que se inicie en edades escolares al objeto de promocionar e integrar actividades que mejoren la salud.

En cuanto a la alimentación, las intervenciones deben orientarse a fortalecer la dieta mediterránea, que ha demostrado presentar menor incidencia de diabetes y contribuir a la disminución del riesgo de muerte, sin despreciar otras dietas con baja cantidad de carbohidratos y con alimentos de bajo índice glucémico, o aquellas dietas hipocalóricas con bajo contenido en grasas saturadas, grasas trans-, colesterol y azúcar¹⁷. A este respecto, hay experiencias de campo en algún centro penitenciario mediante la incorporación de especialistas en nutrición que intervenían en la elaboración de los menús con fines preventivos¹⁸ o mediante sesiones formativas con participación de los propios reclusos, incluso con grupos de autoayuda¹⁹, siguiendo el principio de Hipócrates de *que tu medicina sea tu alimento y el alimento sea tu medicina*²⁰.

Respecto a la actividad física, esta se ha utilizado con diferentes objetivos en prisión²¹. Se ha empleado para disminuir la criminalidad, como base de la rehabilitación social, como herramienta para disminuir el consumo de drogas o como forma de fomentar el autocontrol personal, entre otras finalidades. Si a todo eso añadimos que también es efectiva como medida de prevención y tratamiento del sobrepeso y de la obesidad, como mejora de la resistencia a la insulina (fundamentalmente el ejercicio aeróbico y de fuerza), como mejora del nivel glucémico en la diabetes tipo II, como complemento terapéutico en el control de las dislipemias y de la hipertensión arterial, o como elemento de reducción de la incidencia de algunas neoplasias como la de colon o la de mama²², quedan pocas dudas sobre la conveniencia, o incluso necesidad, de fomentar este tipo de actividad.

Finalmente, la prevención antitabáquica en prisión se hace necesaria, ya que casi triplica la prevalencia del consumo de tabaco, con respecto a la población general. Se trata de la principal causa evitable de enfermedad y muerte en todos los países occidentales, por tanto, se deben establecer estrategias de intervención mediante programas de prevención, deshabituación y tratamiento, incluyéndolos de forma sistemática en todos los centros.

La población penitenciaria ha envejecido y ha cambiado su perfil epidemiológico en los últimos años. Es necesario, por lo tanto, realizar modificaciones en el sistema de salud que respondan a estos cambios. Es el momento de sustituir el objetivo de la supervivencia, laminada durante años por la epidemia del SIDA, por mejoras cualitativas que tengan por objeto reducir muertes prematuras evitables. Es hora, en definitiva, de dar más vida a los años y no sólo más años a la vida. Llegar a la madurez y la vejez es un objetivo extraordinario. Llegar además en buen estado es un complemento primordial al que no podemos renunciar.

E.J. Vera-Remartínez

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario
de Castellón-I

REFERENCIAS

1. Vera-Remartínez EJ. Mortalidad en prisión. De las enfermedades transmisibles a las enfermedades cardiovasculares y los tumores. Una revisión histórica. Rev Esp Sanit Penit. 2014; 16 (Supl 1): 33-36.
2. Marco A. Evolución de la mortalidad en población reclusa tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Rev Esp Salud Pública 2011; 84: 233-6.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [Internet]. Paris: OCDE; 2016 [citado 2016 Mar 10]. Datos. Estadísticas de Salud. Expectativa de vida al nacimiento; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://data.oecd.org/health-stat/life-expectancy-at-birth.htm>.
4. López-Fonseca Oscar. ¿Cárceles o geriátricos?: los presos ancianos pasan de 600 a más de 2.000 en sólo 13 años. Vozpópuli digital SA [Internet]. 2014 Abril [citado 2016 Mar 10]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://vozpopuli.com/actualidad/42053-carceles-o-geriatricos-los-presos-ancianos-pasan-de-600-a-mas-de-2-000-en-solo-trece-anos>.
5. Vera-Remartínez EJ, Borraz-Fernández JR, Domínguez-Zamorano JA, Mora-Parra LM, Casado-Hoces SV, González-Gómez JA, et al. Prevalencia

- de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev Esp Sanid Penit.* 2014; 16: 38-47.
6. Kylin E. Studien uber das Hypertonie-Hyperglyca "mie-Hyperurika" miesyndrom. *Zentralbl Inn Med.* 1923; 44:105-27.
 7. Raven G. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37 :1371-6.
 8. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet.* 2005; 365: 1415-8.
 9. Guallar-Castillón P, Francisco-Pérez R, López-García E, León-Muñoz LM, Aguilera MT, Gra-ciani A, et al. Magnitud y manejo del síndrome metabólico en España en 2008-2010: Estudio EN-RICA. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67:367-73.
 10. Fernández-Bergés D, Cabrera de León A, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M, et al. Síndrome metabólico en España: prevalencia y riesgo coronario asociado a la definición armónica y a la propuesta de la OMS. Estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* 2012; 65: 241-8.
 11. Gutiérrez-Rojas L, Azanza JR, Bernardo M, Rojo L, Mesa F, Martínez-Ortega JM. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOB. *Actas Esp Psiquiatr.* 2014; 42: 9-17.
 12. Villegas-Martínez I, López-Román J, Martínez González AB, Villegas García JA. Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiqu Biol.* 2005; 12: 39-45.
 13. Cortés-Morales B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011 ; 31: 303-20.
 14. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio peniten-ciaro, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit* 2011; 13:100-11.
 15. Arnau-Peiró F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V, et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Sanid Penit.* 2012; 14: 50-61.
 16. Yagüe-Olmos C, Cabello-Vázquez MI. Programa de deshabitación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. *Rev Esp Sa-nid Penit.* 2008; 10(2):57-64.
 17. Matia-Martín P, Lecumberri-Pascual E, Calle-Pascual AL. Nutrición y síndrome metabólico. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 489-505.
 18. Gil-Delgado Y, Domínguez-Zamorano JA, Mar-tínez-Sánchez-Suarez E. Valoración de los be-neficios para la salud conseguidos mediante un programa nutricional dirigidos a internos con factores de riesgo cardiovascular del Centro Pe-nitenciario de Huelva. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011; 13: 75-83.
 19. Minchón-Hernando A, Domínguez-Zamorano JA, Gil-Delgado Y. Educación para la salud en centros penitenciarios: evaluación de una expe-riencia en personas con diabetes. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009; 11(3):73-9.
 20. Zozaya A. Aforismos y pronósticos de Hipócra-tes. Madrid: Maxtor; 2008.
 21. Martos-García D, Devís-Devís, J, Sparkes AC. Deporte entre rejas ¿algo más que control social? *RIS.* 2009;67(2):391-412.
 22. Subirats-Bayego E, Subirats-Vila G, Soteras-Martínez I. Prescripción de ejercicio físico: indi-caciones, posología y efectos adversos. *Med Clín (Barc).* 2012; 138: 18-24.