

El síndrome metabólico en población penitenciaria: nuevas líneas de intervención

Patricia Romero-Marco¹, Fahd Beddar Chaib², Ana María Fernández-Araque¹

¹Departamento de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Campus de Soria.

²Hospital Universitario Santa Bárbara. Soria.

Texto recibido: 22/02/2024

Texto aceptado: 08/04/2024

El síndrome metabólico (MetS) es una constelación de factores de riesgo que incluyen obesidad abdominal, altos niveles de triglicéridos, bajo colesterol asociado a lipoproteína de alta densidad, presión arterial elevada y glucosa en ayunas elevada. El MetS está asociado con enfermedades crónicas, como enfermedad cardiovascular aterosclerótica acelerada, hiperuricemia/gota, enfermedad renal crónica y apnea obstructiva del sueño¹.

El diagnóstico del MetS varía dependiendo de los criterios aplicados, del tipo y del número total de factores de riesgo tomados en cuenta por las diferentes instituciones, por lo tanto, la prevalencia del MetS puede diferir. Considerando esto, los datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES, *National Health and Nutrition Examination Survey*) estimaron que el 35% de las personas adultas en los Estados Unidos, y hasta el 50% de la población mayor de 60 años, tienen un diagnóstico de MetS. Además, el estudio *Metabolic Syndrome and Arteries Research* (MARE)², aplicando también los criterios del panel de tratamiento de adultos III (*Adult Treatment Panel III*), estableció una prevalencia de MetS del 23,9% en hombres y del 24,6% en mujeres en Europa².

En España, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de MetS es del 32% en hombres y del 29% en mujeres. Además, el confinamiento durante la pandemia de enfermedad del coronavirus de 2019 ha aumentado la prevalencia mundial de MetS e incrementado sus factores de riesgo, debido a la modificación de hábitos dietéticos y de actividad física, y al uso de antipsicóticos.

Respecto a la población penitenciaria, en España y fuera de ella, sobre todo en países de renta alta, se ha observado en los últimos años un aumento de la patología crónica no transmisible en general y de los factores de riesgo del MetS en particular. Sin embargo, los estudios encontrados son muy escasos³ y/o aportan información parcial. Por ejemplo, muestran la prevalencia de población penitenciaria con factores de riesgo cardiovascular o relacionadas con situaciones y estados que las personas que experimentan encarcelamiento presentan en mayor medida que la población general, como: la prevalencia de MetS observada en la población penitenciaria con enfermedades mentales y trastornos por el uso de sustancias; con enfermedades infecciosas, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana, la tuberculosis y la hepatitis; con enfermedades no comunicables, como obesidad, diabetes, hipertensión, etc.; y con discapacidad cognitiva, como estrés y estrés postraumático, entre otras⁴⁻⁶.

En el caso de las mujeres, la situación de escasez de datos y estudios se agrava⁷.

Las principales razones por las que la prevalencia de MetS aumenta en general en este colectivo siguen siendo las publicadas en 2016⁸, y entre otras son: que la población penitenciaria presenta algunos factores predisponentes, como: el envejecimiento progresivo constatado en los últimos años; el bajo nivel socioeconómico de gran parte de la población recluida, que procede de países de bajos ingresos; la mayor carga de morbilidad global del colectivo privado de libertad; el frecuente hábito tabáquico de la población encarcelada en España, donde tres de cada cuatro personas fuman; y el elevado uso de antipsicóticos de segunda

generación, que están relacionados con el aumento de peso y el riesgo de dislipidemia o diabetes *mellitus*.

Son numerosos los estudios encontrados en la literatura que evidencian que la estrategia terapéutica primordial para la prevención, tratamiento y manejo del MetS y sus factores de riesgo, son intervenciones nutricionales y dietéticas, de ejercicio físico, con la reducción del consumo de tabaco y alcohol y, en general, con modificaciones saludables en el estilo de vida⁵.

En esta línea, la mayoría de los estudios realizados en las penitenciarías reportan mejoras en el MetS tras intervenciones dietéticas, de ejercicio físico o combinadas, sin embargo, los esfuerzos realizados para prevenir el tabaquismo parecen no tener los resultados esperados, especialmente en mujeres y jóvenes⁴.

Las principales estrategias e intervenciones observadas en el estilo de vida tienen relación con la restricción calórica y de hidratos de carbono simples, la modificación lipídica y los programas de activación de ejercicio y actividad física.

Una línea novedosa para ser explorada está relacionada con el papel y la importancia de la microbiota intestinal en la salud humana, que están siendo mejor comprendidos en la actualidad. Estudios recientes^{9,10} han informado un fuerte impacto de los antipsicóticos en la composición de la microbiota intestinal, y esto puede tener un impacto en la adiposidad. Los modelos experimentales sugieren que el tratamiento con prebióticos puede ser efectivo para limitar el aumento de peso después del tratamiento con antipsicóticos.

La salud de la población penitenciaria es un problema también de salud pública, dado que la población carcelaria global ha aumentado un 24% desde el año 2000, con más de 10,77 millones de personas detenidas en todo el mundo en 2021¹¹.

En la última reunión internacional de la OMS de 2017 en Lisboa sobre prisiones y salud, enfatizaron la importancia de reconocer “el papel de las prisiones como entornos importantes para abordar las desigualdades en salud y reconocer el estatus de las personas en prisión como un grupo desfavorecido en términos de salud y bienestar”. Proporcionar atención médica a los reclusos es una norma de política internacional que incluye la restauración de la salud y la prevención de la enfermedad¹².

La salud en el ámbito penitenciario es un componente crucial de la salud pública, y una adecuada gestión en la atención médica dentro de las prisiones es fundamental para disminuir las desigualdades en salud a nivel de la población. No obstante, hay una evidencia publicada muy limitada sobre los actuales

sistemas de gobierno en la atención médica en prisiones o sobre el impacto de las diferentes políticas de intervención en los resultados de salud¹¹.

Es necesario el estudio de la salud, la incidencia y la prevalencia de enfermedades no comunicables y, en particular, el MetS, así como la exploración de estrategias e intervenciones en el estilo de vida de este colectivo, dada la escasez de evidencia y la casuística especial que presenta.

CORRESPONDENCIA

Patricia Romero-Marco
E-mail: patricia.romero@uva.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285(19):2486-97.
2. Scuteri A, Cunha PG, Rosei EA, Badariere J, Bekaert S, Cockcroft JR, et al. Arterial stiffness and influences of the metabolic syndrome: A cross-countries study. Atherosclerosis. 2014;233(2):654-60.
3. Marco Mouríño A, Rivera-Estebar J, Augustin S, Turu Santigosa E, Pericàs JM. Metabolic morbidity in the prison population of Catalonia, Spain. Aten Primaria. 2023;55(6):102620.
4. Ferns G. Cause, consequence or coincidence: The relationship between psychiatric disease and metabolic syndrome. Transl Metab Syndr Res. 2018;1:23-38. <https://doi.org/10.1016/j.tmsr.2018.04.003>
5. McLeod KE, Martin RE, Butler A, Young JT, Southalan L, Borschmann R, et al. Global prison health care governance and health equity: A critical lack of evidence. Am J Public Health. 2020;110(3):303-8.
6. Serra RM, Ribeiro LC, Ferreira JBB, Dos Santos LL. Prevalence of chronic noncommunicable diseases in the prison system: a public health challenge. Cienc e Saude Coletiva. 2022;27(12):4475-84.
7. Rivera Esteban JM, Augustin S. Metabolic comorbidity, the new enemy. Metabolic syndro-

- me and steatohepatitis. Rev Esp Sanid Penit. 2020;22(2):55-7.
8. Vera Remartínez EJ. Nuevos tiempos para la Sanidad Penitenciaria: los condicionantes de la edad y del síndrome metabólico. 2016;73-5.
 9. Xu Y, Shao M, Fang X, Tang W, Zhou C, Hu X, et al. Antipsychotic-induced gastrointestinal hypomotility and the alteration in gut microbiota in patients with schizophrenia. Brain Behav Immun. 2022;99:119-29. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.09.014>
 10. Zeng CR, Yang P, Cao T, Gu YX, Li NN, Zhang BK, et al. Gut microbiota: An intermediary between metabolic syndrome and cognitive deficits in schizophrenia. Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry. 2021;106:110097. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110097>
 11. Verde L, Pagano AM, De Leo M, Vetrani C, Ambretti A, Lucania L, et al. Diet-Related Risk Factors for Chronic Noncommunicable Diseases in Italian Prisoners: B.A.C.I. (Benessere All'interno delle Carceri Italiane, Well-Being Inside the Italian Prisons) Project by the Italian Society of Penitentiary Medicine and Public Health (S.I.M.S.Pe. Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria). Curr Nutr Rep. 2023;12(4):709-20. <https://doi.org/10.1007/s13668-023-00502-y>
 12. WHO Regional Office for Europe. Conclusions of the WHO international meeting on prisons and health Lisbon 2017. [Internet]. WHO. 2018. pp. 4. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345712/WHO-EURO-2018-3321-43080-60296-eng.pdf?sequence=3>