

Enfermedad cardiovascular y Medicina Psicosomática: Estrechando la frontera entre el corazón y la mente.

Dr. José Miguel Alvarado Infante. Psiquiatra (Autor)
Dra. Judith González Sánchez. Psiquiatra de Enlace (Revisora)

La prevalencia de enfermedad cardiovascular es desproporcionalmente alta en los pacientes con depresión clínica significativa, ansiedad o estrés psicológico (psicopatología) (Volgelzangs N., Seldenrik A. et al. 2010). Los pacientes con psicopatología denotan un aumento en la carga de enfermedad cardiovascular; frecuentemente, los pacientes con psicopatología son asociados con una mala adherencia al tratamiento farmacológico y a los estilos de vida propuestos por las guías de manejo internacional (González JS., Pierrot M et al 2008), disminución de la calidad de vida (Alonso J, Ferrer M et al 2004), incremento en la mortalidad por enfermedad cardiovascular, disminución de la productividad y de la funcionalidad (Atlantis E, Shi Z, Penninx BJ, et al 2011).

La depresión y la enfermedad cardiovascular, (enfermedad isquémica cardiaca y enfermedad cerebrovascular), se encuentran dentro de las seis primeras causas de carga de enfermedad mundial en el 2004, proyectando que para el año 2030, estos índices aumentaran (Organización mundial de la salud, 2004). Estudios previos han demostrado el aumento en el riesgo cardiovascular cuando se asocia una enfermedad de dicho indole, ya sea enfermedad isquémica coronaria, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, a un trastorno depresivo mayor (Goldney RD, Eckert KA, et al 2010); también el uso de ansiolíticos y antidepressivos han demostrado la disminución del riesgo cardiovascular (Mant A, Rendle VA, et al 2004).

Las personas con enfermedad mental grave, como esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar, están muy vinculados con otras enfermedades físicas como la diabetes y la hipertensión, lo que reduce de manera significativa su expectativa de vida comparada con la población general (Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, et al 2008). Estudios recientes demostraron que existe un incremento de dos a

tres veces de la mortalidad en pacientes con enfermedad mental grave, esto comparado con la población general (Saha S, Chant D, 2007). Este aumento en la mortalidad no solo es ocasionada por el aumento en los suicidios; las personas con enfermedad mental grave tienen un incremento en el riesgo de morir asociado con enfermedades físicas, principalmente patologías cardiovasculares (Brown AD, Barton DA et al 2009). La etiología del aumento en la enfermedad cardiovascular es multifactorial e incluye desde factores genéticos y estilos de vida como también los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos utilizados. Frecuentemente, los pacientes que padecen una enfermedad mental grave, tienden al sobrepeso y a la obesidad, al tabaquismo, a padecer diabetes e hipertensión arterial así como dislipidemias (Correll SU 2009). Lo anterior, asociado a un historial familiar de diabetes, se vincula con un aumento crónico en las hormonas de respuesta al estrés, es aquí en donde confluyen las enfermedades como la esquizofrenia, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el trastorno depresivo o ansioso, incluso los trastornos bipolares; en el aumento a largo plazo de procesos inflamatorios.

Un ejemplo claro de la interacción de los tratamientos farmacológicos y la inducción de patología cardiovascular es el desencadenamiento de síndrome metabólico tras el tratamiento con medicamentos anti dopaminérgicos (Newcomer JW, 2005).

A pesar del aumento en el riesgo de diabetes y del riesgo de ECV, muchos pacientes con enfermedad mental grave tienen un acceso limitado a la atención médica general, con menos oportunidades para la detección de riesgo cardiovascular y la prevención de lo que cabría esperar en una población no psiquiátrica (Laurson TM, Munk-Olsen T et al, 2009). Las bajas tasas de tratamiento para la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes han sido reportadas en pacientes con esquizofrenia [Davis SM, Stroup TS et al 2006]. La falta de consenso sobre quién debe asumir la responsabilidad de las necesidades de salud generales de los pacientes con enfermedad mental se ha traducido en un continuo fracaso para proporcionar servicios adecuados.

Los psiquiatras y médicos de atención primaria deben desempeñar un papel activo para garantizar que los pacientes con enfermedades mentales no se vean perjudicados. Las medidas deben incluir la evaluación y gestión de los factores de riesgo cardiovascular y la diabetes como parte de la atención de sus pacientes psiquiátricos. Cuando esté indicado, la atención compartida con los cardiólogos, diabetólogos, enfermeros especializados y otros especialistas se debe establecer.

El objetivo de la declaración conjunta de la Asociación Psiquiátrica Europea (EPA), la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) es reducir el riesgo cardiovascular y mejorar el cuidado de la diabetes en los pacientes con enfermedad mental grave y mejorar la salud y el bienestar general de los pacientes.

Enfermedad cardiovascular.

Los estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente un exceso de mortalidad de enfermedad cardiovascular, en pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión (Surtees PG, Wainwright NWJ, et al 2008). La enfermedad cardiovascular incluye al evento vascular cerebral, la angina de pecho, el infarto agudo al miocardio.

En un meta-análisis reciente que incluye 37 estudios realizados en 25 países, en donde se cuantificaron un total de cerca de 23.000 muertes; las personas con esquizofrenia mostraron un incremento en la mortalidad a lo largo de los años, en 1970 fue de 1.84, en 1980 fue de 2.98 y para la siguiente década, 1990, fue de 3.20. Resultados muy parecidos fueron encontrados en los largos estudios de trastornos afectivos graves aumentaron la mortalidad de 1.23 a 2.50. En un estudio de seguimiento a 400 pacientes de los 34 a los 38 años de edad, con diagnóstico de depresión unipolar, el riesgo de enfermedad isquémica coronaria fue de 1.61, (IC 1.31 – 3.54). Cuando se compara un grupo de mujeres sanas contra un grupo de mujeres con depresión, el riesgo de muerte por enfermedad coronaria, es sumamente alto, 1.7 (IC 1.34 – 2.14), mientras que para los hombres, al comparar el grupo de varones sanos contra varones con depresión, incrementó la

mortalidad por enfermedad cerebrovascular de forma muy significativa 2.21 (IC 1.29 – 3.54).

La etiología en el aumento de enfermedad cardiovascular en los pacientes con patología mental grave es multifactorial e incluye factores genéticos así como estilos de vida, otras enfermedades así como sus tratamientos. El aumento en la enfermedad cardiovascular en la esquizofrenia, en la depresión unipolar y bipolar es atribuida a factores de riesgo modificables, como lo son la obesidad y el tabaquismo.

Prevalencia de riesgos relativos y factores modificables en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar comparado con la población general.		
Prevalencia estimada y riesgo relativo.		
Factores de riesgo modificable	Esquizofrenia	Trastorno Bipolar
Obesidad	45-55% RR: 1.5-2	21-49% RR: 1-2
Tabaquismo	50-80% RR: 2-3	54-68% RR: 2-3
Diabetes	10-15% RR: 2	8-17% RR: 1.5-2
Hipertensión arterial	19-58% RR: 2-3	35-61% RR: 2-3
Dislipidemia	25-68% RR: < 5	23-38% RR: < 3
Síndrome metabólico	37-63% RR: 2-3	30-48% RR: 1.5-2
RR: riesgo relativo		

A pesar de la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, hay evidencia clara de que no hay un tratamiento adecuado para estos factores modificables. En el estudio CATIE, el 88% de los pacientes con dislipidemia, no recibían tratamiento, mientras que el 62% de las personas con hipertensión arterial sistémica y el 38% de los pacientes con diabetes, tampoco recibían tratamiento farmacológico, esto dejando de lado los niveles de control de dichas patologías. En un estudio previo en el que se incluyeron a 2463 personas con esquizofrenia en 12 países de Europa, solo el 10.9% de los pacientes que padecían hipertensión arterial sistémica recibían tratamiento farmacológico; 7.1% de los que padecían dislipidemias y el 3.5% de los que presentaban diabetes mellitus, tenían un tratamiento farmacológico.

La desregulación del eje hipotalámico-hipofisario suprarrenal (HPAA) (Bjorntorp P, 1997, Brown AD, Barton DA, et al 2009) y las alteraciones inmunológicas, tales como la alteración en la expresión de citoquinas, se ven a menudo en la depresión y la psicosis. Estos resultados pueden estar involucrados en la patogénesis de las enfermedades cardiovasculares y dar una idea de los mecanismos por los que la enfermedad psiquiátrica en sí podría contribuir a la patogénesis y causar un mayor riesgo cardiovascular.

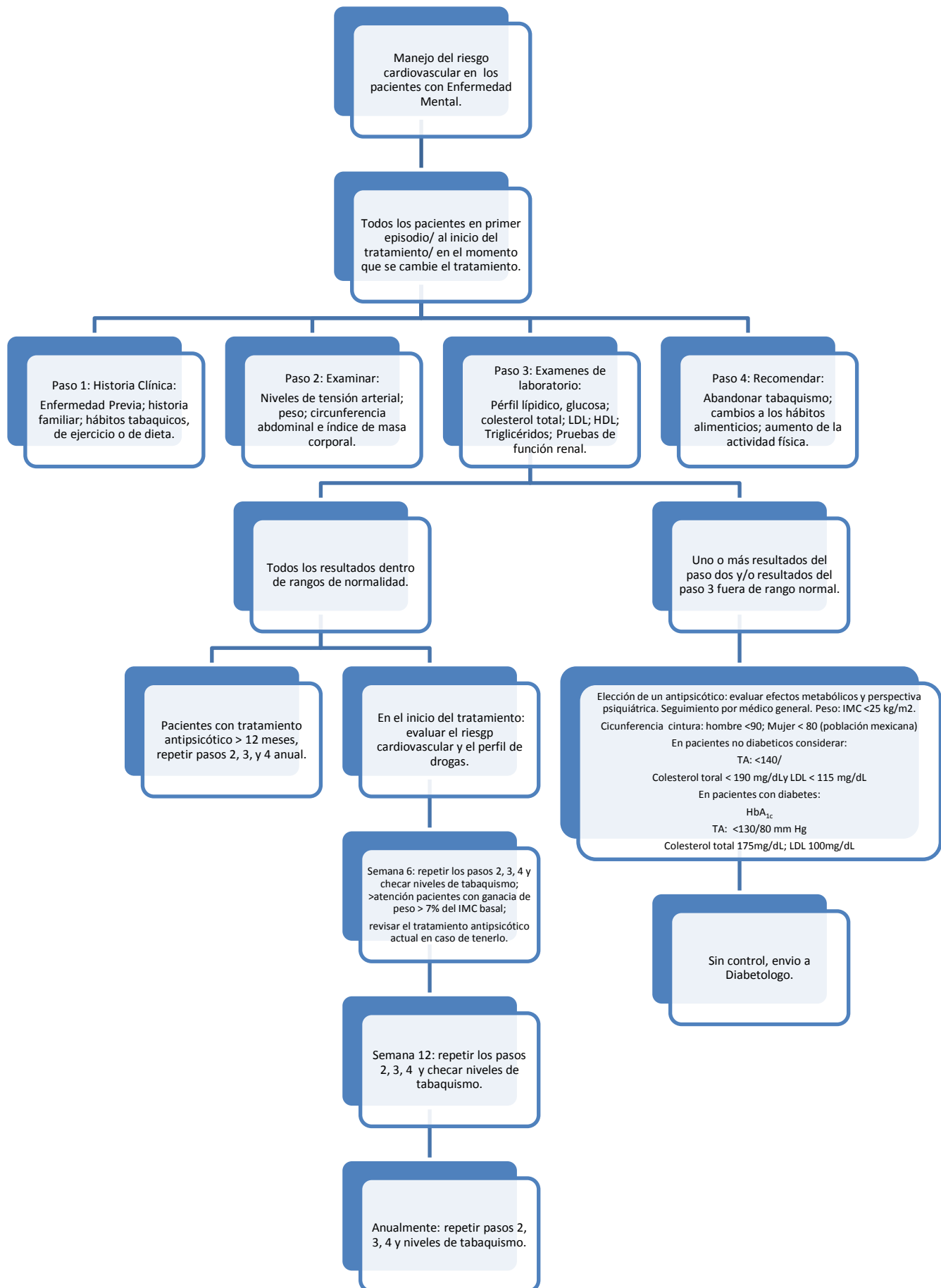
Infarto Agudo al Miocardio

En 1993 Frasure-Smith y colaboradores, demostraron que los pacientes con depresión que habían sufrido un infarto agudo al miocardio, presentaban de cuatro a diez veces mayores posibilidades de muerte en los siguientes seis meses al evento cardiovascular, esto en comparación con los pacientes que también habían presentado un infarto pero no un trastorno depresivo. Ambos, tanto la enfermedad cardíaca como el trastorno depresivo mayor, pertenecen a dos de las patologías que más contribuyen a la carga de enfermedad mundial (Nicholson et al 2006).

La Organización Mundial de la Salud proyecta que la depresión y la enfermedad cardíaca, se convertirán en la primera y segunda, respectivamente, enfermedades que causaran la mayor parte de años perdidos para el año 2030 a nivel mundial (Mathers and Loncar, 2006). Esto aumenta la preocupación en conocer las vías comunes entre ambas patologías así como la posible prevención. Los meta análisis han demostrado que la depresión en pacientes con enfermedad cardíaca aumenta el riesgo de enfermedad vascular muerte alrededor de 1.6 a 1.8 veces (Nicholson et al, 2006; Rugulies, 2002, Van der Kooy et al, 2007; Wulsin y Singal, 2003). Además de la depresión, estudios han demostrado que la ansiedad también se asocia a enfermedades cardiovasculares (Fan et al, 2008; Albert et al, 2005). Los trastornos de ansiedad conducen a niveles de discapacidad equiparables a la depresión y a la enfermedad cardíaca (Buist-Bowman et al, 2006), aunque la ansiedad, ha sido mucho menos estudiada que la depresión y su asociación con la patología cardiovascular. Algunos estudios han mostrado

asociación entre signos de ansiedad y enfermedad cardiovascular, entre los que destacan la duración, y la clasificación en tiempo de instauración.

Por todo lo anterior la Asociación Psiquiátrica Europea (EPA), la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) han recomendado el siguiente diagrama para el manejo de la enfermedad cardiovascular en el paciente con enfermedad mental grave.



Conclusiones

La enfermedad cardiovascular y su comorbilidad con las patologías psiquiátricas, es sumamente alta, e incluso el dejar del lado el tratamiento de una podría ocasionar que la otra no llegara a su control, lo que contribuye al riesgo de muerte temprana, a la pérdida de años de vida útil así como a la discapacidad en los pacientes que lo padecen.

La enfermedad cardiovascular y la enfermedad mental, van de la mano, comparten y se vinculan mucho más de lo que divergen, se unen en la misma corriente, es aquí en donde destaca la importancia del verdadero tratamiento integral de los pacientes con enfermedad cardiovascular. La convergencia entre el corazón y la mente se ha estrechado a tal grado, que los síntomas de ambas, podrían imbricarse y modificar la expresión de la enfermedad.

La ruptura en cuerpo y mente, no permite el abordaje y la comprensión del ser humano como un ente único, en el que no puede ni debe separarse uno del otro, es por el contrario, las similitudes y las convergencias de ambas lo que dará al paciente una oportunidad de mejorar.

REFERENCIAS (SISTEMA DE VANCOUVER)

De Hert M, Dekker JM, et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry* 2009

Valkanova V and Ebmeir K, "Vascular Risk Factors and depression in later life: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Biology Psychiatry* 2013.

Gautam Shiv, "Fourth revolution in Psychiatry – Addressing comorbidity with chronic physical disorders" *Indian Journal of Psychiatry*, 2010.

Almeida O, Flicker L, et al, "Association of Cardiovascular Risk Factors and Disease with Depression in later Life". *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007

Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT, van Hout HP, de Jonge P, Penninx BW. Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2010;125:241–8.

Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a metaanalysis. *Diabetes Care* 2008;31:2398–403.

Atlantis E, Shi Z, Penninx BJ, Wittert GA, Taylor A, Almeida OP. Chronic medical conditions mediate the association between depression and cardiovascular disease mortality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011 Mar 8. [Epub ahead of print].

Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004;13:283–98.

World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2008.

Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G, Taylor AW. Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:901–10.

Mant A, Rendle VA, Hall WD, Mitchell PB, Montgomery WS, McManus PR, et al. Making new choices about antidepressants in Australia: the long view 1975–2002. *Med J Aust* 2004;181:S21–4.

Fleischhacker WW, Cerkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens C, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514–9.

Saha S, Chant D, McGrath J. A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123–31.

Brown AD, Barton DA, Lambert GW. Cardiovascular abnormalities in patients with major depressive disorder: autonomic mechanisms and implications for treatment. *CNS Drugs* 2009;23(7):583–602.

Brown LC, Majumdar SR, Newman SC, Johnson JA. History of depression increases risk of type 2 diabetes in younger adults. *Diabetes Care* 2005;28:1063–7.

Correll CU, Frederickson AM, Kane JM, Manu P. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second generation antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2006;67(4):575–83.

Newcomer JW. Second-Generation (Atypical) Antipsychotics and Metabolic Effects. A Comprehensive Literature Review. *CNS Drugs* 2005;19(Suppl. 1):1–93.

Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(7):713–20.

Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006;86(1-3):15–22.

Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw S. Depression and ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2008;165:515–23.].

Bjorntorp P. Stress and cardiovascular disease. *Acta Physiol Scand Suppl* 1997;640:144–8.

Brown AD, Barton DA, Lambert GW. Cardiovascular abnormalities in patients with major depressive disorder: autonomic mechanisms and implications for treatment. *CNS Drugs* 2009;23(7):583–602.