

Visión Clínica en Esquizofrenia

Consideraciones sobre la Comorbilidad Médica en Esquizofrenia

Peter Buckley, MD

Department of Psychiatry Medical College of Georgia, Augusta, Georgia

La esquizofrenia y la mayoría de las enfermedades mentales se asocian con una excesiva morbilidad y mortalidad debidas principalmente a condiciones médicas tratables como son la enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes y las enfermedades respiratorias e infecciosas. El reconocimiento y el manejo de la morbilidad médica en pacientes con enfermedades mentales se hacen con más dificultad debido a barreras relacionadas con el propio paciente, la enfermedad, las actitudes de los médicos y la estructura de los servicios proveedores de asistencia sanitaria. Mejorar la detección y el tratamiento de la enfermedad mental puede tener importantes beneficios en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida global de estos pacientes.

Este artículo revisa la prevalencia y la naturaleza de la comorbilidades médicas y la mortalidad en pacientes con esquizofrenia. Usando a nuestro paciente Tom como ejemplo, se presenta un esquema para el manejo efectivo de las comorbilidades médicas y los síntomas psicóticos.

Incremento de la Mortalidad por Causas Médicas: Una vieja cuestión revisada

El mayor riesgo de muerte prematura de los pacientes con esquizofrenia no es un fenómeno nuevo. Diversos informes publicados lo han atestiguado. En 1989, Allebeck describió la esquizofrenia como una enfermedad que acorta la vida.⁽¹⁾ Diez años más tarde, un metanálisis de 152 informes publicados sobre la mortalidad del trastorno mental (cubriendo el período 1966-1995) concluyó que todos los trastornos mentales se asocian con un incremento del riesgo de muerte prematura.⁽²⁾ Posteriormente, un estudio retrospectivo que evaluaba las tasas de mortalidad en una cohorte de pacientes con esquizofrenia tratados entre 1976 y 1985 estimó que estos pacientes tenían una esperanza de vida un 20% más corta que la población general;⁽³⁾ es decir, los pacientes esquizofrénicos morían aproximadamente 15 años antes que la población general

El presente renovado interés por la mortalidad en los pacientes con esquizofrenia se atribuye en parte a la concienciación global sobre las alarmantes tendencias cardiometabólicas en la población general así como al riesgo cardiometabólico atribuido a las actuales terapias antipsicóticas.^(4,5) Por ejemplo, se espera que para el año 2010 alrededor del 10% de la población de Estados Unidos sea diabética.⁽⁶⁾ Dada esta tendencia en la población general es probable que los pacientes esquizofrénicos, que normalmente están infra tratados de sus comorbilidades médicas, estén más expuestos a una mayor morbilidad y mortalidad. De hecho, evidencias recientes indican que este debe ser el caso.

Un estudio reciente sobre pacientes de la salud mental pública en 8 estados de los Estados Unidos observó un riesgo relativo de muerte entre esos pacientes de 1.2 a 4.9 veces más alto que en la población general de sus estados.⁽⁷⁾ A destacar que se observó que, de

media, los pacientes de salud mental morían 25 años antes que la población general, mientras la investigación previa había sugerido que los pacientes estaban muriendo 15 años antes.⁽³⁾

Causas de la Mortalidad Prematura Incrementada en Esquizofrenia

Mientras que el suicidio y la lesión suponen el 30%-40% del exceso de mortalidad en los pacientes esquizofrénicos, el 60% de las muertes prematura se deben a “causas naturales” similares a las observadas en la población general.⁽⁶⁾ Estas causas incluyen la enfermedad cardiovascular (ECV), la diabetes (incluyendo condiciones relacionadas como la insuficiencia renal), las enfermedades respiratorias (incluyendo neumonía, influenza), y enfermedades infecciosas (incluyendo VIH/SIDA). Las tasas de mortalidad por estas enfermedades en pacientes con esquizofrenia son varias veces las de la población general (Tabla 1).⁽⁸⁾

Tabla 1. Causas naturales de muerte en esquizofrenia

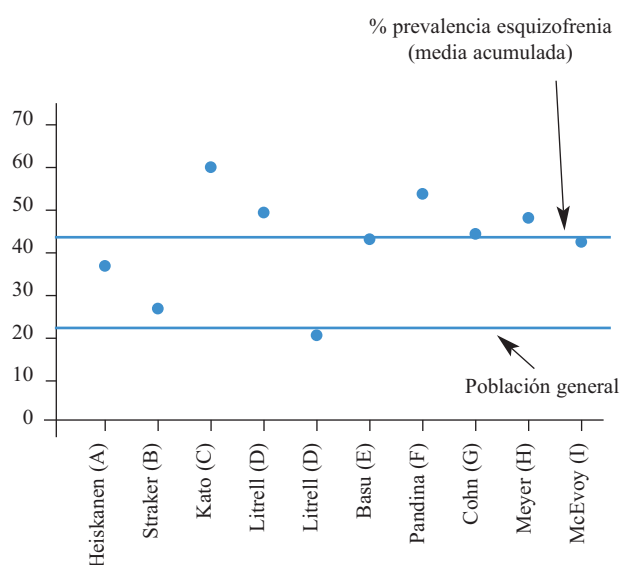
Tasas estandarizadas más elevadas de mortalidad en pacientes varones con esquizofrenia que en la población general de:

Trastornos endocrinos (diabetes)	2.7 x
Enfermedad cardiovascular	2.3 x
Enfermedad respiratoria	3.2 x
Enfermedades infecciosas	3.4 x

La enfermedad cardiovascular domina como número uno la causa de muerte en pacientes con esquizofrenia.⁽⁸⁾ Esto no sorprende dada la alta prevalencia en esta población de factores de riesgo de ECV (obesidad, tabaco, diabetes, hipertensión e hiperlipidemia). Los datos basales de 1424 participantes con esquizofrenia en el estudio de los Ensayos Clínicos sobre la Eficacia de las Intervenciones Antipsicóticas (CATIE, del inglés) revelaron que el 20% de ellos tenía hipertensión, un 14% hiperlipidemia, y un 11% diabetes.⁽⁹⁾ Estos trastornos (hipertensión, hiperlipidemia y diabetes) incrementan el riesgo de Cardiopatía isquémica (CI).

En el estudio CATIE, el riesgo de CI a los 10 años estaba elevado significativamente tanto en los pacientes varones (9.4% vs. 7.0%) como en las pacientes mujeres (6.3% vs. 4.2%) en comparación con los grupos control. (P=0.0001)⁽¹⁰⁾. Adicionalmente, la alta prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con esquizofrenia los sitúa en un riesgo más elevado de ECV (Fig. 1).⁽¹¹⁾ En el estudio CATIE, un 40,9% y un 42,7% de los participantes que cumplieron los criterios para el análisis (N=689) tenían síndrome metabólico en la basal según los criterios derivados de la NCEP y la AHA, respectivamente.⁽¹¹⁾

Fig.1. Prevalencia del síndrome metabólico en esquizofrenia



Diversos estudios han aludido al incremento de la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia en comparación con la población general

Casi la mitad de los pacientes con esquizofrenia tienen, en algún estadio de su enfermedad, trastorno por consumo de drogas (TCD) concomitante (consumo de drogas o alcohol).⁽¹²⁾ Estos pacientes tienen de 2 a 3 veces más de probabilidades de llegar a estar infectados por el VIH y el virus de la hepatitis que los pacientes con esquizofrenia sin TCD. Estas tasas son 5-20 veces más elevadas que las tasas de la población general.⁽¹³⁾

Factores que contribuyen al Riesgo Cardiometaabólico en la Esquizofrenia

Los propios fármacos antipsicóticos son propensos a incrementar el riesgo de ECV en los pacientes tratados. El riesgo puede ser mayor con algunos antipsicóticos de segunda generación (ASG).⁽⁵⁾ Los ASG se han asociado con ganancia de peso, diabetes, dislipemia, resistencia a la insulina y síndrome metabólico.^(14,15) *Tom había estado tomando ASG; cuando acudió a urgencias tenía elevados los niveles de lípidos y de glucosa además de problemas de peso.*

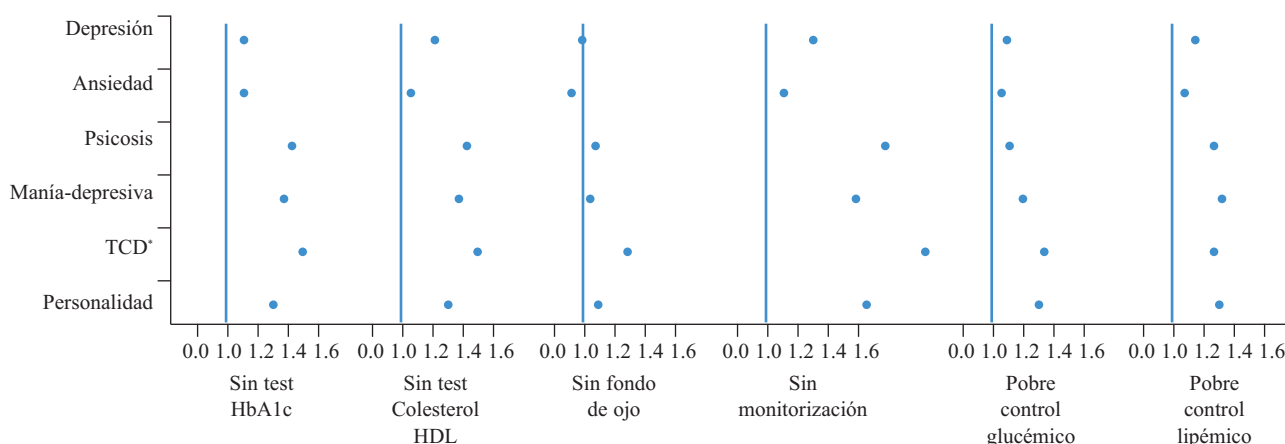
Un largo estudio comunitario con más de 46.000 pacientes que examinó la mortalidad excesiva en esquizofrenia concluyó que el incremento del riesgo de morir por CI y accidente vascular cerebral (AVC) no se explicaba completamente por la medicación antipsicótica, el tabaco o las puntuaciones de privación social. Estos datos indican que no debería sobredimensionarse la contribución del efecto de la medicación sobre el incremento del riesgo. Más bien, el aumento del riesgo de muerte cardiovascular en esta población es probable que se deba a una combinación de factores como son unos malos hábitos dietéticos, obesidad, altas tasas de tabaquismo y al consumo de alcohol y drogas ilegales.

Infra detección e infra manejo de la Comorbilidad Médica en Esquizofrenia

A pesar del reconocimiento de los elevados riesgos de comorbilidad en esquizofrenia y otras enfermedades mentales, en la actualidad la detección y el tratamiento de estas comorbilidades es bajo, como se ejemplifica en el estudio CATIE en el que a pesar de una alta prevalencia de trastornos metabólicos en la inclusión, las tasas de tratamiento para estas condiciones eran bajas. El no tratamiento era especialmente alto para la hipertensión (62,4%) y la dislipemia (88,0%). En este estudio la tasa de no tratamiento para la diabetes era del 30,2%.⁽¹⁶⁾

Los estudios también han demostrado que los pacientes con enfermedades mentales pueden no recibir la misma calidad de asistencia médica que aquellos sin enfermedad mental. En un estudio de Medicare de pacientes con edades superiores a los 65 años hospitalizados por infarto de miocardio, una parte sustancial del exceso de mortalidad experimentado un año más tarde (19% para cualquier trastorno mental y 34% para esquizofrenia) se atribuyó a déficit en la calidad de la asistencia médica.⁽¹⁷⁾ En otro estudio entre pacientes diabéticos no ingresados de la Administración de Salud de Veteranos, se observó que el fracaso en la consecución de las medidas de control era más frecuente en

Fig.2.



De los 313.586 pacientes con diabetes de la Administración de Salud de Veteranos, 76,799 (25%) tenían problemas de salud mental, Se muestran los odds ratio no ajustadas para fracaso en el cumplimiento de las medidas de control de la diabetes en pacientes con patología mental, incluyendo HbA, hemoglobina A; C-LDL, colesterol-lipoproteínas de baja densidad.

* Trastorno por consumo de drogas

aquellos pacientes con problemas de salud mental (Fig. 2). El porcentaje que no cumplía los criterios estándares de control de la diabetes incrementaba en un número creciente de trastornos mentales.

Claramente, hay tres barreras para el reconocimiento y el manejo de las comorbilidades médicas en pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales. Estas barreras pueden clasificarse en líneas generales como las relativas al paciente, las relativas a las actitudes de los propios médicos y las relativas al sistema de salud y los recursos disponibles. (Figura 3).⁽⁶⁾ Por ejemplo, los pacientes pueden no reconocer o no identificar correctamente sus síntomas, ser reacios a solicitar asistencia, particularmente a causa del estigma; o ser reacios a seguir las recomendaciones del tratamiento. Los médicos no psiquiatras que tratan a pacientes con enfermedades mentales, de los cuales son un ejemplo los médicos de asistencia primaria (MAP), pueden carecer de la preparación y la confianza necesaria para proporcionar el tratamiento adecuado para los problemas de salud mental, e incluso MAP motivados y bien formados pueden estar limitados por lo que pueden conseguir en una visita de 12 a 15 minutos en la que pueden estar tratando también múltiples problemas médicos y sociales. Por otra parte, los psiquiatras pueden no ser capaces de reconocer y tratar problemas médicos básicos. De forma similar, ellos pueden estar limitados en sus capacidades para tratar comorbilidades médicas complejas durante una breve consulta. Finalmente, los beneficios de salud mental son típicamente más limitados y cuestan más de conseguir que otros beneficios médicos y las pólizas médicas pueden no cubrir los costes de los proveedores para implementar cribajes, para la gestión de la asistencia médica y

para otros servicios proactivos. Estas barreras sitúan a los pacientes con enfermedades mentales en un alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

El Futuro: Una Estrategia de Asistencia Integral

Reconociendo la necesidad de una estrategia multidisciplinar más global para el tratamiento de la esquizofrenia, la Asociación Nacional de los Directores del Programa de Salud Mental⁶ y el Subcomité de Coordinación entre Salud Mental y Medicina General de la Comisión de Presidentes de Nueva Libertad en Salud Mental¹⁹ han realizado informes solicitando esfuerzos estatales y nacionales para implementar los estándares de asistencia establecidos para la prevención, el cribaje, la valoración y el tratamiento de las comorbilidades médicas en pacientes con enfermedades mentales. Estos informes recomiendan para estos pacientes facilitar el acceso y la integración con los servicios de asistencia sanitaria mental.

Las guías están disponibles para la detección precoz y la intervención sobre la dieta, el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol, lípidos y el control de la diabetes así como para mejorar la actividad física en esquizofrenia.²⁰ Si estas intervenciones se implementan efectivamente se puede reducir sustancialmente el riesgo de ECV. Por ejemplo, como se observa en la población general, un descenso del 10% del colesterol plasmático conllevaría una reducción de un 30% del riesgo de CI; un descenso de 6 mmHg de la presión arterial diastólica podría ocasionar un descenso de un 16% del riesgo de CI y un 42% de descenso del riesgo

Fig.3. Barreras para el reconocimiento y el manejo de enfermedad médica en personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales.

Factores relacionados con el paciente

Falta de motivación, miedo, sin techo, victimización, trauma, recursos, desempleo, encarcelación, inestabilidad social, consumo de drogas IV.

Factores relacionados con el Sistema médico

Financiación, fragmentación de la asistencia médica, asistencia solamente para la salud mental

Factores relacionados con el proveedor de salud

Medicación, nivel de confort y actitud del proveedor de salud, coordinación entre la asistencia de salud mental y general, estigma

Factores relacionados con la sociedad

Estigma, alianza terapéutica pobre, políticas para drogas y alcohol

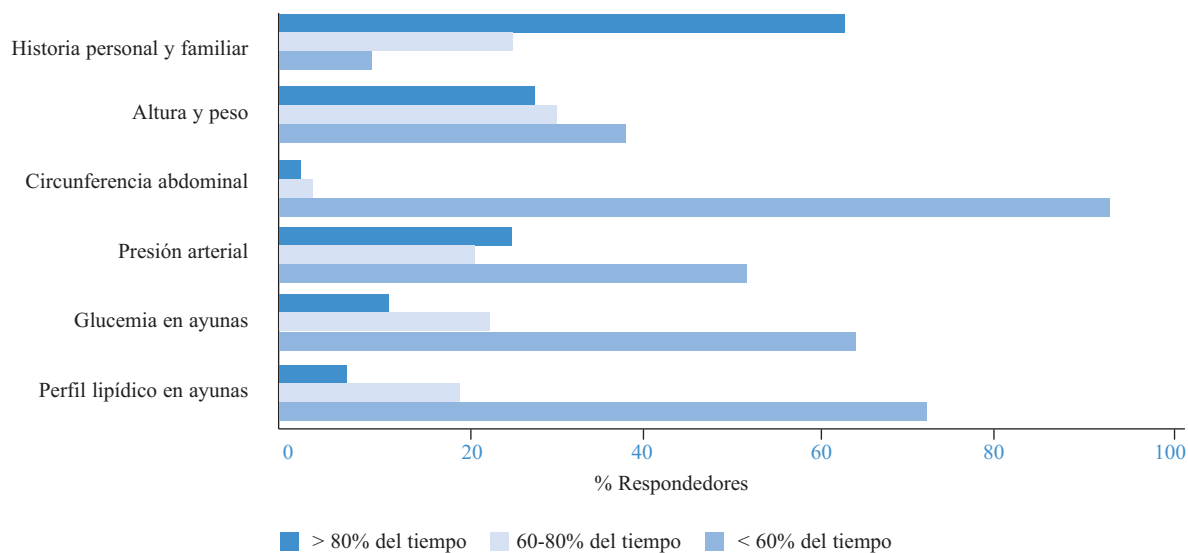
de AVC.⁽²¹⁾ Sin embargo, todavía es necesario que se desarrollen las intervenciones para cambiar efectivamente los hábitos dietéticos y de actividad de los pacientes psiquiátricos para reducir la ingesta calórica e incrementar la actividad física. La intervención motivacional y las técnicas de modificación del comportamiento pueden ser útiles como una parte de la estandarización y la configuración del proceso de cambio. Adicionalmente, los pacientes deberían ser animados a implicarse en sus propios cuidados y a trabajar en colaboración con los médicos para alcanzar los resultados. Los esfuerzos deben dirigirse también a motivar a los pacientes para que asuman responsabilidad personal para tomar alternativas sobre la salud y para promover sus recuperaciones y bienestar individuales por medio de programas como el Plan de Acción para Recuperar el Bienestar y Soluciones para el Bienestar.⁽²³⁻²⁷⁾ En este punto el apoyo por iguales (*peer*) especialistas puede jugar un papel complementario.

Dado que el tratamiento con fármacos antipsicóticos incrementa el riesgo de trastornos metabólicos, los pacientes tratados precisan un adecuado control de esos trastornos. Las guías de monitorización desarrolladas por la Sociedad Americana de Diabetes⁽¹⁴⁾ y la Escuela de Medicina del Monte Sinaí⁽¹⁵⁾ están disponibles para los médicos que tratan a pacientes esquizofrénicos con fármacos antipsicóticos. A pesar

de tener estas guías disponibles, parece que los médicos no controlan sistemáticamente la salud física de sus pacientes.⁽²⁸⁾ Una encuesta concluyó que aunque los médicos eran conocedores de los riesgos del tratamiento con ASG, el grado de monitorización de los efectos adversos metabólicos de sus pacientes era bajo e inconsistente en todas las medidas (Figura 4). Se necesitan los esfuerzos en curso para dar apoyo y animar al cambio en la práctica clínica lo que podría suponer un curso de actualización y educación. Otra cuestión es la necesidad de intervenir cuando surgen cuestiones médicas. Aunque hay información (poca) sobre el uso de fármacos anti-obesidad y estatinas cuando aparecen trastornos metabólicos, la evidencia más actual favorece la consideración juiciosa de cambiar la medicación antipsicótica.^(28,29) Sin embargo, también es importante destacar que el cambio de medicación no es una “panacea” y con el segundo fármaco se precisa el mismo nivel de vigilancia mediante el control de los trastornos metabólicos. En realidad, las guías actuales enfatizan la necesidad de monitorización cuidadosa continua durante el tratamiento con todos los fármacos antipsicóticos.

Actualmente se están desarrollando proyectos de demostración para integrar los centros asistenciales de salud mental con los centros de atención primaria y coordinar la asistencia para la salud psiquiátrica y

Fig.4. Monitorización inconstante de la salud física en pacientes antes de recibir un fármaco antipsicótico de segunda generación.



las comorbilidades físicas. Dado que la comorbilidad médica se asocia con depresión y deterioro cognitivo,⁽⁹⁾ la mejora de la detección y el tratamiento de la enfermedad médica en pacientes con esquizofrenia tendrá beneficios clínicos significativos en su funcionamiento psicosocial dado que el mejor manejo de la psicosis puede reducir los comportamientos de riesgo e incrementar el acceso a la asistencia. Por tanto, una estrategia integrada para tratar las condiciones médicas y psiquiátricas ocasionará una mejora global en la asistencia estándar a los pacientes de salud mental.

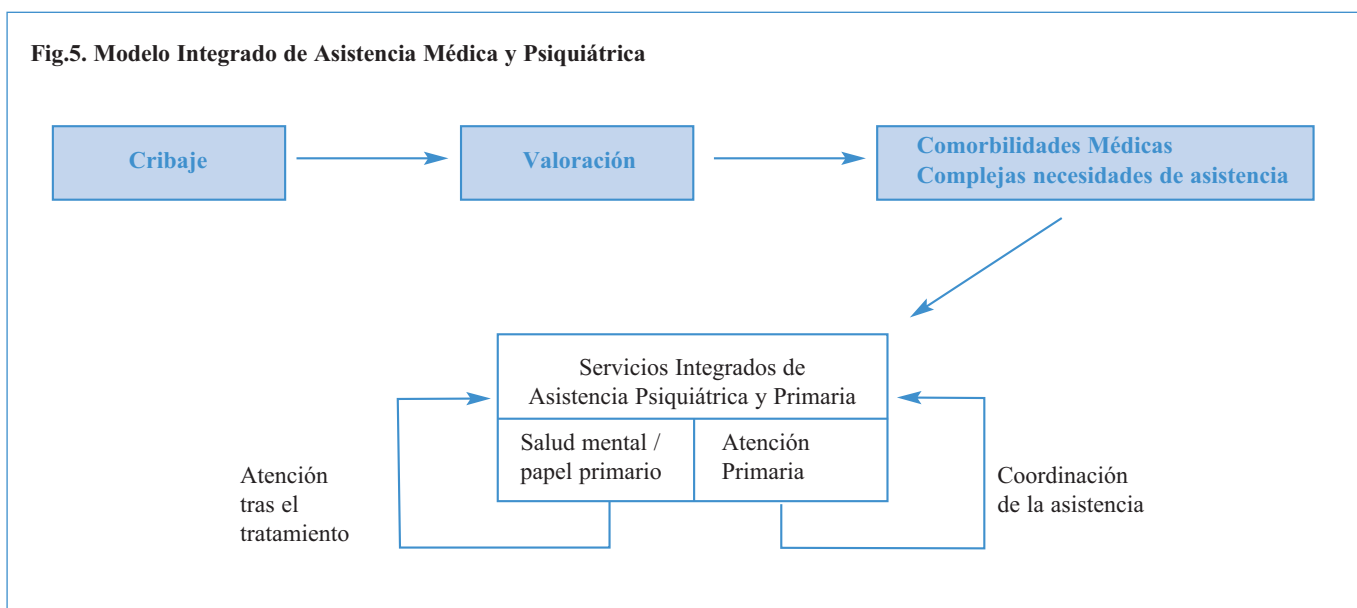
Los elementos esenciales en una estrategia integrada de asistencia incluyen la comunicación abierta entre el psiquiatra y el MAP, el fácil acceso a la historia del paciente y un fácil acceso del paciente a los servicios entre los dos sistemas asistenciales. Los psiquiatras que tratan a pacientes con enfermedades mentales graves pero que pueden no tener tiempo o preparación suficiente para proporcionar asistencia médica preventiva pueden facilitarla asegurándose de que sus pacientes tienen acceso a un MAP, ayudando a coordinar la ayuda y mejorando la calidad de la comunicación entre los pacientes y sus MAP (Figura 5). Esta comunicación mejorada puede ayudar a los MAP a tener un mejor conocimiento de las necesidades de sus pacientes psiquiátricos, un paso importante hacia la paliación del estigma asociado

con el tratamiento de los pacientes mentales.

En este modelo, el psiquiatra que proporciona terapia antipsicótica es responsable del cribaje y la detección de las comorbilidades médicas de su paciente. Si se detectan comorbilidades, dependiendo del tratamiento requerido para tratar la condición médica, el psiquiatra puede entonces derivar al paciente a un médico de atención primaria (MAP) usando, por ejemplo, un servicio de referencia para asistencia primaria *on-line*. El MAP y el psiquiatra trabajarán juntos para coordinar la asistencia al paciente.

En una estrategia integrada, nuestro paciente Tom recibiría la siguiente asistencia. En su segunda alta hospitalaria, Tom fue remitido para su seguimiento a un equipo de tratamiento asertivo en la comunidad (ACT). Dada la condición médica de Tom (niveles elevados de lípidos y glucosa y problemas de peso), el responsable del caso de Tom en el equipo de ACT se asegurará de que Tom tiene acceso a un internista que atenderá sus problemas médicos. El internista coordina con el psiquiatra la fijación de un programa para monitorizar regularmente los parámetros metabólicos usando el protocolo de monitorización de la ADA o del Monte Sinaí. El internista comunica regularmente los resultados de los análisis de sangre de Tom al psiquiatra. Si el internista decide que Tom necesita tratamiento para controlar sus niveles de lípidos o de glucosa,

Fig.5. Modelo Integrado de Asistencia Médica y Psiquiátrica



consultará con el psiquiatra antes de iniciar el tratamiento. Se deberían tener en cuenta los riesgos y los beneficios de los diferentes fármacos usados en el tratamiento de la diabetes y la hiperlipidemia en el contexto de la condición psiquiátrica del paciente y su tratamiento. Además, se debería tener en cuenta también el cambio de medicación antipsicótica si se considera que el fármaco está exacerbando las alteraciones metabólicas de Tom.

Comentario clínico

La decisión en relación con la elección del antipsicótico no debería ser responsabilidad única del psiquiatra sino que debería implicar a otros agentes, incluyendo al MAP/internista, otros terapeutas/gestores del caso, al paciente y a su familia.

Para controlar el peso de Tom el internista puede incluir la ayuda de un dietista en el equipo ACT. Inicialmente, el dietista desarrollará un plan de dieta simple consultando con Tom para intentar reducir su peso. Por ejemplo, se le puede pedir a Tom que elimine la soda de su dieta ya que no tiene calorías. Dependiendo de cómo coma Tom se puede añadir más complejidad al plan dietético y se puede iniciar el ejercicio rutinario. Al mismo tiempo, el gestor del caso de Tom trabajará con él para motivarle a perder peso, usando una combinación de técnicas de entrevista motivacional y estrategias de modificación de conducta. Las estrategias de conducta se centrarán en cambiar los hábitos alimentarios y de actividad de Tom para reforzar la reducción de ingesta de calorías e incrementar la actividad física. Las posibles estrategias incluyen la auto-monitorización de los hábitos alimentarios y la actividad física, el manejo del estrés para difuminar situaciones que llevan a comer en exceso, a estimular el control para evitar situaciones que llevan a ingesta adicional y la resolución de problemas para identificar aquellos relacionados con el peso e implementar alternativas más sanas. Al mismo tiempo, el gestor del caso trabajará con Tom para identificar y trabajar los objetivos a largo plazo en la

vida de Tom, para incrementar el empoderamiento personal de Tom para tomar alternativas saludables y para mejorar su calidad de vida global. El gestor del caso también puede conseguir la ayuda de la familia y de los amigos de Tom para apoyar, motivar y animar a que Tom consiga sus objetivos. Una vez se han controlado el peso y los trastornos metabólicos de Tom, el equipo ACT continuará trabajando con él para mantener su salud física a lo largo del tiempo mientras se tratan otros aspectos, tales como el consumo de drogas concomitante, el desempleo y el manejo de los síntomas en curso.

Los pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves que tienen condiciones médicas comórbidas requieren una estrategia de asistencia integrada. Tratar las condiciones médicas y psiquiátricas conllevará a una mejora global de la calidad de vida de estos pacientes. Los estudios dirigidos tanto a la implementación efectiva y a la economía de la salud de los modelos integrados del manejo de las comorbilidades médicas en esquizofrenia proporcionarán una orientación importante en esta área clave.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:
avellanedaguri@gmail.com.