

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes neuropsiquiátricos con hipertensión arterial en un servicio ambulatorio de un hospital especializado

Cardiovascular risk factors in neuropsychiatric patients with arterial hypertension in an outpatient setting of a specialized hospital

Francisco Barrera-Guarderas^{1,2*} y Carlos Vásquez-Salgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Psiquiátrico Julio Endara; ²Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador

Resumen

Introducción: Las enfermedades psiquiátricas constituyen un grupo de enfermedades con alta morbimortalidad que afectan a la calidad de vida. El riesgo cardiovascular (RCV) está aumentado en estas. **Objetivo:** Asociar enfermedades psiquiátricas con factores y RCV en personas con hipertensión arterial en la consulta ambulatoria de un hospital de salud mental. **Método:** Estudio observacional, en pacientes con hipertensión arterial y enfermedad psiquiátrica, ambulatorios, en hospital especializado en Quito (Ecuador) durante el año 2019. Se utilizaron medidas de tendencia central y pruebas de asociación, con IC95%. **Resultados:** Edad promedio 56.48 ($\pm$ 13.51) años, predominan las mujeres, tendencia a obesidad (IMC 31.60 ± 5.51), hipertrigliceridemia (183.96 ± 97.63 mg/dl) y c-HDL disminuido (38.4 ± 18.53 mg/dl). Los diagnósticos psiquiátricos son el trastorno del humor (44.8%), trastornos orgánicos (26.7%), esquizofrenia (15.2%) y trastorno bipolar (13.3%). El 6% de los pacientes tienen RCV elevado, no significativo, los antipsicóticos no tuvieron impacto estadístico. **Conclusiones:** Es imperativa la evaluación y el tratamiento integral de pacientes con enfermedad psiquiátrica para disminuir el RCV aunque no puedan ser identificables con escalas de riesgo clásicas, por lo que se recomendaría otras tomando en cuenta particularidades del paciente, como uso de medicamentos y factores de riesgo adicionales.

Palabras clave: Hipertensión. Riesgo cardiovascular. Trastorno bipolar. Esquizofrenia. Factores de riesgo emergentes.

Abstract

Introduction: Psychiatric disorders constitute a group of diseases with high morbidity and mortality rates that affect quality of life. Cardiovascular risk is increased in these conditions. **Objective:** To associate psychiatric disorders with cardiovascular risk factors in individuals with arterial hypertension attending outpatient consultation at a mental health hospital. **Method:** Observational study conducted in 2019 among outpatients with arterial hypertension and psychiatric disorders at a specialized hospital in Quito, Ecuador. Central tendency measures and association tests with a 95% CI were used. **Results:** The average age was 56.48 ($\pm$ 13.51) years, with a predominance of women. There was a tendency towards obesity (BMI 31.60 ± 5.51), hypertriglyceridemia (183.96 ± 97.63 mg/dl), and decreased HDL-c (38.4 ± 18.53 mg/dl). Psychiatric diagnoses included mood disorders (44.8%), organic disorders (26.7%), schizophrenia (15.2%), and bipolar disorder (13.3%). The 6% of patients had a high cardiovascular risk, although not significant; antipsychotics had no statistical impact.

*Correspondencia:

Francisco Barrera-Guarderas
E-mail: jfbarrera@puce.edu.ec

Fecha de recepción: 05-03-2024

Fecha de aceptación: 04-10-2024

DOI: 10.24875/RCCAR.24000025

Disponible en internet: 10-01-2025

Rev Colomb Cardiol. 2024;31(6):336-343

www.rccardiologia.com

0120-5633 / © 2024 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusions: *Comprehensive evaluation and treatment of patients with psychiatric disorders are imperative to reduce cardiovascular risk, even when they cannot be identified using traditional risk scales. Therefore, other approaches considering patient-specific characteristics, such as medication use and additional risk factors, are recommended.*

Keywords: *Hypertension. Cardiovascular risk. Bipolar disorder. Schizophrenia. Emerging risk factors.*

Introducción

Las enfermedades no transmisibles son problemas de salud pública a nivel mundial y la Organización Mundial de la Salud ha dado prioridad a cuatro afecciones: enfermedades pulmonar obstructiva crónica, diabetes *mellitus* (DM), hipertensión arterial (HTA) y neoplasias. La HTA es la principal causa mundial prematura de mortalidad. Se estimó que para el año 2020 existieron 1,130 millones de personas hipertensas y a la vez se reporta que presentan control adecuado uno de cada cinco pacientes¹. En Ecuador se estimó que la prevalencia reportada es del 19.8% para el año 2018, de acuerdo con la encuesta ENSANUT².

En el mundo la prevalencia aproximada de esquizofrenia es del 1.5%, de trastorno bipolar del 1% y trastornos del ánimo (depresión, ansiedad, etc.) del 12.9%^{3,4}.

La literatura reporta varios mecanismos por los que los pacientes con esquizofrenia y con trastorno bipolar puedan desarrollar HTA, primero los vinculados por los niveles elevados de cortisol, disfunción del sistema autónomo, sistema nervioso, inflamación, anomalías lipídicas, estrés oxidativo y aumento de la reactividad plaquetaria, y segundo los que comparten factores de riesgo cardiovascular (RCV) como es bajo peso al nacer, prematuridad y desnutrición materna, entre otros⁵.

En el paciente con enfermedad mental las condiciones como el reconocimiento tardío de manifestaciones hipertensivas, la dificultad para aplicación de prevención como cambios del estilo de vida, la falta de adherencia a tratamiento antihipertensivo, la presencia de comorbilidad metabólica asociada (DM, obesidad, síndrome metabólico, hipotiroidismo), carga social importante y aumento de costos de salud son factores de riesgo que determinan un aumento de mortalidad⁶⁻⁸.

De la misma manera, la HTA, las interacciones medicamentosas y efectos secundarios pueden ser causa de trastornos psiquiátricos y dificultar el manejo de las comorbilidades. Además, existe la sobreestimulación del sistema nervioso simpático, vía común entre la HTA y varios trastornos del espectro ansioso. Finalmente, estrés psicológico y enfermedad mental diagnosticada funcionan como factores predictores para HTA⁹.

Todo lo anterior deja en evidencia la relación bidireccional que existe entre la HTA y los problemas de salud mental.

El objetivo del presente trabajo es identificar factores para desarrollar enfermedades metabólicas y su asociación con las diferentes enfermedades atendidas en un hospital especializado de salud mental en un grupo de pacientes en seguimiento ambulatorio con diagnóstico de HTA.

Método

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara es un centro de atención especializado para enfermedades de salud mental en el área metropolitana de Quito, Ecuador. Es operado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y ofrece pruebas de laboratorio, exámenes complementarios y medicamentos de forma gratuita. Ofrece servicios de salud para personas que no cuenta con otra forma de acceso al sistema de salud y predominantemente de recursos limitados.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional transversal y analítico en un centro de atención especializado en salud mental, en el área de medicina interna, que brinda atención médica para pacientes con HTA. Se realizó análisis estadístico de los datos con la herramienta IBM SPSS Statistics (versión 23). Las características se analizaron utilizando la frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión; diferencia de medias mediante la prueba t de Student (para variables paramétricas), la U de Mann-Whitney (para variables no paramétricas) y la prueba de χ^2 (para variables categóricas); de igual manera, se realizó ANOVA para varios grupos. La significancia usada fue del 95%.

Procedimientos

La Clínica de Medicina Interna, como parte de las carteras de servicio de este hospital de salud mental, ofrece atención integral centrada en el creciente número de pacientes con HTA. Además, este programa incorpora las guías de práctica clínica de hipertensión vigentes en el ámbito nacional e internacional. Para la selección de los pacientes se consideró: pacientes mayores de 18 años, diagnóstico de HTA primaria según

criterios del séptimo informe del Joint National Committee (JNC7), por lo menos dos registros ambulatorios en historia que incluyen exámenes de laboratorio durante el año 2019 y diagnóstico definitivo de enfermedad psiquiátrica concomitante. Para los criterios de exclusión: pacientes que estén cursando con embarazo, HTA secundaria, uso crónico de corticosteroides, sin diagnóstico definitivo de enfermedad psiquiátrica concomitante.

Los individuos del estudio debían tener un registro de su consulta inicial, consistente en un análisis de la historia de la enfermedad, su evolución, los pilares del tratamiento que seguir por el paciente y las indicaciones iniciales. Los pacientes deben contar por lo menos con dos registros de laboratorio por año y en el último año a partir del año 2020. Las pruebas de laboratorio incluyeron recuento sanguíneo, glucosa, perfil renal, perfil hepático y perfil lipídico. Se midieron con un analizador de química Croma 150. La presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica y el índice de masa corporal (IMC) se determinaron con un promedio de todas las consultas registradas.

Resultados

Se obtuvo un predominio de mujeres (56.1%, $n = 59$). El grupo de pacientes se encuentra en la quinta década de vida, con una antropometría que tiende a la obesidad grado I para las mujeres. La biometría hemática no demuestra anemia o reacción inflamatoria sistémica. El volumen medio plaquetario aumentado en mujeres de forma significativa. El colesterol total y el colesterol vinculado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) más bajos en mujeres. Por último, función renal no alterada, pero menor tasa de filtración en hombres.

El 44.8% de los pacientes presentan un diagnóstico psiquiátrico catalogado como trastornos del ánimo, la esquizofrenia de todo tipo conforma el 15.2% de la muestra y el espectro del trastorno bipolar el 13.3%. Los demás sujetos en la muestra (26.7%) presenta enfermedad psiquiátrica no catalogada dentro de estos grupos previamente mencionados (trastornos mentales debido a lesión o disfunción cerebral, déficit cognitivo, etc.) (Tabla 1).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia presentan el mayor IMC en el grupo estudiado, la biometría hemática se muestra en los diferentes diagnósticos psiquiátricos, función renal y glucemia no presentan alteración en esta muestra.

En todos los grupos se evidencia algún grado de dislipidemia, siendo más acentuado en el grupo con cuadro clínico de alteración del estado de ánimo presentando colesterol total y colesterol vinculado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) elevados y c-HDL menor que en el resto de los grupos, estos identificados como factores de RCV.

El nivel de triglicéridos es superior en el grupo de pacientes con esquizofrenia (Tabla 2).

Las alteraciones de mayor connotación en la tabla 2 son la elevación de los índices neutrofilocitario y leucoglucémico en esquizofrenia y trastorno bipolar respectivamente, ese hallazgo no se evidencia en los otros grupos estudiados. El promedio de colesterol total y c-LDL está por encima del valor normal en el grupo de alteración del estado de ánimo, el promedio de valores de triglicéridos se encuentra por encima del valor normal en todos los grupos estudiados.

La función renal en promedio no denota alteración en ningún grupo y al excluirse los pacientes diabéticos los valores de glucosa están dentro de límites normales (Tabla 3).

En la muestra estudiada la relación del uso de antipsicóticos (risperidona, quetiapina, haloperidol, clonidina) con RCV no tuvo significancia estadística.

Al calcular el RCV de acuerdo con los criterios de la American Heart Association (AHA) encontramos que el 94% de los pacientes presentan riesgo moderado o bajo. Se realizó prueba de ANOVA sin encontrar diferencias entre grupos, se consideró a las personas entre 40 y 70 años (Tabla 4 y Fig. 1).

Discusión

La patología psiquiátrica mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar, y los trastornos de origen orgánico se manifiestan con alteraciones conductuales, por lo que son valorados desde el punto de vista de la salud mental, pese a que son trastornos de prevalencia baja, la carga de la enfermedad, HTA asociada y RCV, aumenta su complejidad clínica, social y económica.

Expectativa de vida

Trastornos más comunes como los asociados al estado de ánimo son mucho más prevalentes y causan una alta morbilidad, que en ocasiones se encuentran enmascarados por múltiples factores, sea la falta de búsqueda de atención por los pacientes dada por la estigmatización de un diagnóstico psiquiátrico, o en

Tabla 1. Características de enfermedad y de laboratorio según el sexo

Características	Total	Mujer (n = 59)	Hombre (n = 46)	t de Student/ χ^2	p*
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)		
Edad	56.48 ($\pm$ 13.51)	58.35 ($\pm$ 11.65)	54.87 ($\pm$ 15.38)	-1.618	0.109
IMC	31.60 ($\pm$ 5.51)	33.10 ($\pm$ 5.15)	29.68 ($\pm$ 5.42)	-3.301	0.001
Hemoglobina	15.40 ($\pm$ 1.48)	15.08 ($\pm$ 1.43)	15.82 ($\pm$ 1.46)	2.579	0.011
Hematocrito	44.04 ($\pm$ 5.16)	43.22 ($\pm$ 5.41)	45.09 ($\pm$ 4.68)	1.863	0.065
Glóbulos blancos	6,876.28 ($\pm$ 1,507.22)	6,804.74 ($\pm$ 1,516.90)	6,968.04 ($\pm$ 1,506.37)	0.548	0.584
Neutrófilos	4,016.63 ($\pm$ 1,306.03)	3,938.27 ($\pm$ 1,270.06)	4,115.43 ($\pm$ 1,357.60)	0.685	0.495
Linfocitos	2,482.98 ($\pm$ 671.99)	2,597.41 ($\pm$ 750.14)	2,338.69 ($\pm$ 531.67)	-1.977	0.051
Índice neutrofilocitario	1.756 ($\pm$ 0.89)	1.664 ($\pm$ 0.907)	1.872 ($\pm$ 0.876)	1.177	0.242
Índice leucoglucémico	650.67 ($\pm$ 176.39)	639.395 ($\pm$ 173.306)	665.14 ($\pm$ 181.167)	0.740	0.461
Plaquetas	274.08 ($\pm$ 79.39)	271.36 ($\pm$ 66.78)	277.52 ($\pm$ 93.57)	0.391	0.696
VMP	7.37 ($\pm$ 1.10)	7.659 ($\pm$ 1.291)	7.00 ($\pm$ 0.642)	-3.139	0.002
Colesterol total	199.63 ($\pm$ 44.95)	208.49 ($\pm$ 46.51)	188.26 ($\pm$ 40.58)	-2.327	0.021
c-HDL	38.40 ($\pm$ 18.53)	37.81 ($\pm$ 9.08)	39.15 ($\pm$ 26.09)	0.3663	0.715
c-LDL	124.39 ($\pm$ 40.28)	130.53 ($\pm$ 43.18)	116.65 ($\pm$ 35.24)	-1.762	0.081
Triglicéridos	183.96 ($\pm$ 97.63)	174.74 ($\pm$ 74.14)	195.79 ($\pm$ 121.44)	1.095	0.276
Urea	29.52 ($\pm$ 8.64)	30.14 ($\pm$ 8.72)	28.72 ($\pm$ 8.57)	-0.829	0.429
Creatinina	0.87 ($\pm$ 0.17)	0.81 ($\pm$ 0.15)	0.94 ($\pm$ 0.16)	4.100	0.0001
Ácido úrico	5.05 ($\pm$ 1.29)	4.73 ($\pm$ 1.11)	5.41 ($\pm$ 1.40)	2.458	0.016
Esquizofrenia	16 (15.2%)	5 (8.5%) (68.8%)	11 (23.9%) (31.3%)	18.319	0.001
Tras. bipolar	14 (13.3%)	10 (16.9%) (71.4%)	4 (8.7%) (28.6%)	-	-
Tras. del ánimo	47 (44.8%)	35 (59.3%) (74.5%)	12 (26.1%) (25.5%)	-	-
Otros	28 (26.7%)	9 (15.3%) (32.1%)	19 (41.3%) (67.9%)	-	-

*Estadísticamente significativo: $p < 0.05$.

c-HDL: colesterol vinculado a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol vinculado a lipoproteínas de baja densidad; DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; Tras.: trastorno; VMP: volumen medio plaquetario.

contraste la falta de una búsqueda activa de morbilidad clínica asociada al momento de una valoración psiquiátrica sin enfoque multidisciplinario¹⁰.

El trastorno del sueño, síntoma prevalente en estas enfermedades, tiene una asociación directa con la regulación intrínseca de la presión arterial, como lo reportna Kato et al., la privación del sueño aumenta la presión arterial en reposo¹¹. La disrupción del ritmo circadiano se evidencia en la esquizofrenia debido a alteraciones en las vías dopaminérgicas, además de alteraciones en genes relacionados con el ritmo circadiano: *GLOCK* y *ARNTL*, mencionados por Orellana et al., lo cual lleva al efecto previamente enunciado¹⁰.

Este no es el único nexo fisiopatológico, la depresión altera el tono simpático, parasimpático y la variabilidad cardíaca¹¹.

Un proceso inflamatorio subclínico con aumento en los niveles de citocinas proinflamatorias tales como interleucina (IL) 1, IL-6, factor de necrosis tumoral alfa y proteína C reactiva ultrasensible sirve de vía común para el desarrollo de patología psiquiátrica mayor, así como resistencia a la insulina y posterior desarrollo de síndrome metabólico, que incluye en sus componentes a la HTA. Este evento se presenta incluso sin la exposición a tratamiento antipsicótico^{12,13}. Se remarca en nuestros hallazgos una elevación en el índice

Tabla 2. Características de laboratorio según enfermedad

Características	Esquizofrenia (n = 16)		Bipolar (n = 14)	
	Media (DE)	IC95%	Media (DE)	IC95%
Edad real	50.56 (± 12.37)	43.97-57.15	52.64 (10.69)	46.47-58.81
IMC (kg/m²)	32.32 (± 4.97)	29.67-34.96	31.56 (± 5.19)	28.57-34.56
Hemoglobina	15.01 (± 1.54)	14.19-15.83	15.34 (± 1.45)	14.50-16.17
Hematocrito	43.12 (± 4.60)	40.67-45.57	44.41 (± 3.87)	42.18-46.65
Glóbulos blancos	7.03 (± 1.62)	(6.17-7.89)	7.71 (± 1.74)	(6.70-8.71)
Neutrófilos	4.60 (± 1.35)	(3.86-5.35)	4.28 (± 1.59)	(3.36-5.19)
Linfocitos	2.19 (± 3.41)	(1.99-2.38)	3.05 (± 7.29)	(2.63-3.47)
Índice neutrolinfocitario	2.13 (± 0.71)	(1.74-2.53)	1.5 (± 0.87)	(0.99-2)
Índice leucoglucémico	671.66 (± 197.84)	(566.24-777.08)	739.42 (± 241.63)	(599.91-878.93)
Plaquetas	266.27 (± 52.84)	(237-295.53)	268.57 (± 78.46)	(223.27-313.87)
VMP	7.01 (± 0.42)	(6.79-7.23)	7.7 (± 1.41)	(6.89-8.51)
Glucosa	94.89 (± 13.02)	(87.95-101.82)	93.94 (± 13.25)	(86.29-101.59)
Urea	27.79 (± 6.13)	(24.52-31.05)	29.96 (± 8.87)	(22.85-33.08)
Creatinina	0.90 (± 0.16)	(0.81-0.98)	0.84 (± 0.23)	(0.70-0.97)
Ácido úrico	5.19 (± 1.7)	(3.97-6.40)	5.00 (± 1.44)	(4.08-5.91)
Colesterol total	193.08 (± 43.85)	(169.71-216.44)	193.50 (± 41.19)	(169.72-217.29)
c-HDL	36.96 (± 8.99)	(32.17-41.75)	38.70 (± 7.83)	(34.18-43.23)
c-LDL	121.63 (± 37.13)	(101.85-141.42)	113.81 (± 41.64)	(89.77-137.86)
Triglicéridos	212.85 (± 135.25)	(140.79-284.92)	186.61 (± 68.67)	(146.96-226.26)
Características	Estado de ánimo (n = 47)		Otros (n = 28)	
	Media (DE)	IC95%	Media (DE)	IC95%
Edad real	58.12 (± 12.38)	(54.49-61.76)	59.03 (± 16.21)	(52.75-65.32)
IMC (kg/m²)	31.75 (± 5.56)	(30.12-33.38)	30.97 (± 6.10)	(28.61-33.34)
Hemoglobina	15.50 (± 1.37)	(15.09-15.90)	15.52 (± 1.69)	(14.87-16.18)
Hematocrito	44.20 (± 5.77)	(42.50-45.89)	44.13 (± 5.16)	(42.13-46.13)
Glóbulos blancos	6.45 (± 1.22)	(6.09-6.83)	7.09 (± 1.60)	(6.47-7.71)
Neutrófilos	3.72 (± 1.18)	(3.38-4.07)	4.06 (± 1.27)	(3.57-4.55)
Linfocitos	2.36 (± 4.98)	(2.21-2.51)	2.56 (± 6.71)	(2.23-2.89)
Índice neutrolinfocitario	1.72 (± 0.97)	(1.43-2)	1.75 (± 0.85)	(1.42-2.08)
Índice leucoglucémico	609.76 (± 140.79)	(568.42-651.10)	662.98 (± 169.74)	(597.16-728.80)
Plaquetas	285.51 (± 94.3)	(257.82-313.20)	261.86 (± 63.65)	(237.17-286.54)
VMP	7.5 (± 1.32)	(7.11-7.89)	7.21 (± 0.41)	(6.93-7.49)
Glucosa	94.29 (± 9.63)	(91.46-97.12)	93.37 (± 10.99)	(89.11-97.63)

(Continúa)

Tabla 2. Características de laboratorio según enfermedad (*continuación*)

Características	Estado de ánimo (n = 47)		Otros (n = 28)	
	Media (DE)	IC95%	Media (DE)	IC95%
Urea	31.28 (± 8.61)	(28.75-33.81)	28.34 (± 9.66)	(27.85-31.20)
Creatinina	0.87 (± 0.17)	(0.82-0.92)	0.90 (± 0.15)	(0.84-0.95)
Ácido úrico	4.83 (± 1.23)	(4.88-5.83)	5.36 (± 1.16)	(4.88-5.83)
Colesterol total	210.78 (± 47.82)	(172.26-203.23)	187.74 (± 39.93)	(190.94-208.34)
c-HDL	36.66 (± 9.47)	(33.85-39.47)	41.96 (± 32.68)	(29.29-54.63)
c-LDL	134.96 (± 43.10)	(122.16-147.76)	113.91 (± 33.59)	(100.89-126.94)
Triglicéridos	184.26 (± 100.27)	(154.82-213.70)	165.66 (± 80.05)	(134.62-196.70)

c-HDL: colesterol vinculado a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol vinculado a lipoproteínas de baja densidad; DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%; IMC: índice de masa corporal; VMP: volumen medio plaquetario.

Tabla 3. Características del riesgo cardiovascular asociadas al uso de antipsicóticos

Uso de antipsicóticos	Riesgo cardiovascular		Total
	No (bajo)	Sí (medio, alto)	
Sí	20 (51.3%)	28 (48.3%)	48
No	19 (48.7%)	30 (51.7%)	49
Total	39	58	97

No estadísticamente significativo: $p = 0.772$.

neutrofilocitario y leucoglucémico, ambos marcadores proinflamatorios indirectos, en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar respectivamente. Estos valores no pueden ser explicados por otra comorbilidad como DM, ya que fue excluida en el estudio, sin embargo no es posible descartar resistencia a la insulina, no se incluye niveles de insulina sérica en la analítica realizada regularmente en consulta externa para hacer cálculo del índice HOMA (modelo homeostático para evaluar la resistencia a la insulina).

Medicación

Los antipsicóticos son un grupo de medicamentos que tienen dentro de sus efectos adversos aumento de RCV por medio de varios mecanismos: aumento de peso mediado por estimulación de leptina, resultando en dislipidemia e hiperglucemia, las cuales conllevan resistencia a la insulina, con el subsecuente

efecto proinflamatorio previamente descrito¹⁴. Sin embargo no se encuentra tal relación con antidepresivos tales como los inhibidores de la recaptación de la serotonina¹⁵.

A pesar de que los antipsicóticos tienen mecanismos esclarecidos que fomentan un mayor RCV, en la muestra recogida no se encontró relación estadísticamente significativa, esto dado probablemente porque los pacientes se encuentran intervenidos con terapia farmacológica y no farmacológica.

Esto puede ayudar a concluir, y finalmente recomendar el tratamiento intensivo de factores de RCV como una forma de control del factor medicamentoso en el paciente psiquiátrico.

Riesgo cardiovascular

Esta interacción de múltiples mecanismos para el desarrollo de comorbilidades se encuentran íntimamente ligados con un aumento de factores de RCV, y por tanto de mortalidad, expresada en una menor sobrevivencia en este grupo de pacientes¹⁶.

Sin embargo, al buscar una diferencia entre los grupos estudiados, la relación no es estadísticamente significativa (ANOVA 0.189), estudios realizados en Brasil, y por Salvi et al. no encuentran diferencia en el RCV en hombres con enfermedad psiquiátrica grave, pero sí es significativo en mujeres^{13,17}. Clerici et al. reportaron una prevalencia mayor tanto en obesidad como en hipertrigliceridemia, mas no reporta un RCV mayor en comparación con la población general¹⁸.

Tabla 4. Características del RCV según enfermedad psiquiátrica

Enfermedad	media ± DE	IC95% (mín.-máx.)	Riesgo cardiovascular			
			Alto	Medio	Bajo	Total
Esquizofrenia (n = 13)	7.04 (± 5.99)	3.41-10.66	1 (25%)	6 (15.8%)	6 (19.4%)	13 (17.8%)
Trastorno bipolar (n = 11)	5.20 (± 3.39)	2.92-7.48	0 (0%)	6 (15.8%)	5 (16.1%)	11 (15.1%)
Trastorno del ánimo (n = 34)	7.44 (± 5.73)	5.44-9.44	1 (25%)	17 (44.7%)	16 (51.6%)	34 (16.6%)
Neurológicos (n = 15)	10.26 (± 7.63)	6.03-14.49	2 (50%)	9 (23.7%)	4 (12.9%)	15 (20.5%)
Total	7.61 (± 6.03)		4 (5.48%)	38 (52.05%)	31 (42.47%)	73 (100%)

ANOVA RCV entre grupos p = 0.189.
IC95%: intervalo de confianza del 95%; RCV: riesgo cardiovascular.

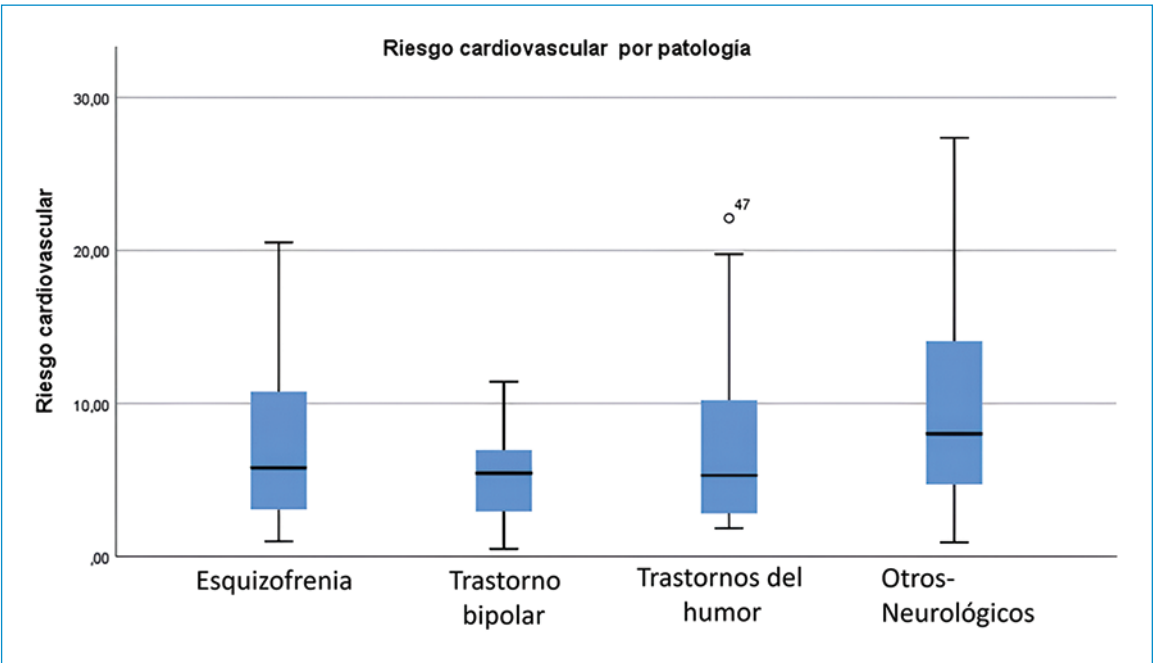


Figura 1. Riesgo cardiovascular en las diferentes patologías psiquiátricas.

Estos hallazgos similares a otras publicaciones llaman la atención, tomando en cuenta que, si bien los intentos autolíticos tienen el mayor riesgo relativo para mortalidad y siendo estos hasta 20 veces el de la población general, dependiendo de la población, un 75% de las muertes reportadas en pacientes con enfermedad psiquiátrica grave son producidas por enfermedad cardiovascular¹⁹.

Se plantean tres tipos de explicaciones posibles:

El grupo estudiado ya ha sido intervenido y por lo tanto el grupo de pacientes con RCV es menor que en otros estudios, pero estos hallazgos no son aislados a esta muestra, como se demuestra en párrafos previos.

El tamizaje para búsqueda de RCV en el paciente psiquiátrico mayor no es similar al del resto de la población, Hardy et al. reportan que en atención primaria hasta el 96% de la población general recibe *screening* para RCV, mientras que un 21% de los pacientes psiquiátricos son manejados de la misma manera²⁰.

A pesar de que existen recomendaciones internacionales para seguimiento intensivo del RCV en pacientes con enfermedad psiquiátrica grave, no se conoce bien cómo se aplican los modelos de riesgo para predicción en esta población. Se plantea que estas escalas no son exactas para determinar el riesgo a largo plazo por varias razones: en el desarrollo de algunas escalas,

como la de Cox Framingham, se excluyeron pacientes con patología psiquiátrica mayor, no se toma en consideración la exposición prolongada a medicación antipsicótica y se dispone de limitada bibliografía que explora esta asociación, uno de ellos plantea el uso de otras escalas, como la de Primrose²¹.

Conclusiones

En conclusión, se remarca primero que en todo paciente con afectación de salud mental deben ser valorados y tomados en cuenta desde su diagnóstico todos los factores de RCV, así como el tratamiento de estos de forma individual; segundo, sería importante evaluar una escala de RCV validada en pacientes con enfermedad psiquiátrica; tercero, todo personal de salud que maneje medicamentos antipsicóticos debe determinar y tratar factores de RCV para garantizar la seguridad del uso del medicamento, y cuarto, tener en mente los factores no clásicos, para de alguna manera llamar así a factores como sueño, medicación, estrés, etc.

Agradecimientos

Los autores agradecen al comité de docencia, personal de laboratorio y enfermería del Hospital Psiquiátrico Julio Endara por sus contribuciones.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio fue aprobado por el comité de docencia del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, además de haber utilizado fuente de datos secundarios.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS: Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. Experiencias de los países sobre la elaboración e implementación de programas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, Institutional Repository for Information Sharing; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53146>
2. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Steps Ecuador 2018. MSP, INEC, OPS/OMS. Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo [Internet]. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
3. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-48.
4. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018;8(1):2861.
5. Veeneman RR, Vermeulen JM, Abdellaoui A, Sanderson E, Wootton RE, Tados R, et al. Exploring the relationship between schizophrenia and cardiovascular disease: a genetic correlation and multivariable Mendelian randomization study. *Schizophr Bull*. 2022;48(2):463-73.
6. Anderson RB, Testa MA. Symptom distress checklists as a component of quality-of-life measurement: Comparing prompted reports by patient and physician with concurrent adverse event reports via the physician. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 1994;28(1):89-114.
7. Briganti EM, Shaw JE, Chadban SJ, Zimmet PZ, Welborn TA, McNeil JJ, et al. Untreated hypertension among Australian adults: The 1999-2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Med J Aust*. 2003;179(3):135-9.
8. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349(9061):1269-76.
9. Somers VK, Anderson EA, Mark AL. Sympathetic neural mechanisms in human hypertension. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 1993;2(1):96-105.
10. Ayerbe L, Forgnone I, Addo J, Siguero A, Gelati S, Ayis S. Hypertension risk and clinical care in patients with bipolar disorder or schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;225:665-70.
11. Kato M, Phillips BG, Sigurdsson G, Narkiewicz K, Pesek CA, Somers VK. Effects of sleep deprivation on neural circulatory control. *Hypertension*. 2000;35(5):1173-5.
12. Orellana G, Rodríguez M, González N, Durán E. Esquizofrenia y su asociación con enfermedades médicas crónicas. *Rev Med Chile*. 2017;145(8):1047-53.
13. Paz-Filho G, Licinio J, Wong ML. Pathophysiological basis of cardiovascular disease and depression: a chicken-and-egg dilemma. *Braz J Psychiatry*. 2010;32(2):181-91.
14. Kucerova J, Babinska Z, Horska K, Kotlova H. The common pathophysiology underlying the metabolic syndrome, schizophrenia and depression. A review. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2015;159(2):208-14.
15. Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:452-64.
16. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346:f2539.
17. Salvi V, Aguglia A, Barone-Adesi F, Bianchi D, Donfrancesco C, Dragogna F, et al. Cardiovascular risk in patients with severe mental illness in Italy. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e96.
18. Clerici M, Bartoli F, Carretta D, Crocarno C, Bebbington P, Carrà G. Cardiovascular risk factors among people with severe mental illness in Italy: A cross-sectional comparative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(6):698-702.
19. Holt RI, Peveler RC. Diabetes and cardiovascular risk in severe mental illness. *Pract Diab Int*. 2010;27(2).
20. Hardy S, Hinks P, Gray R. Screening for cardiovascular risk in patients with severe mental illness in primary care: a comparison with patients with diabetes. *J Ment Health*. 2013;22(1):42-50.
21. Osborn DP, Hardoon S, Omar RZ, Holt RI, King M, Larsen J, et al. Cardiovascular risk prediction models for people with severe mental illness: results from the prediction and management of cardiovascular risk in people with severe mental illnesses (PRIMROSE) research program. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(2):143-51.