

## El internista y las manifestaciones físicas de los padecimientos mentales

Manuel Ramiro Hernández

Recentemente me invitaron a participar en un libro, con el tema “Manifestaciones físicas de las enfermedades mentales”, después de entregado el material y de haber sido aprobado por el Consejo Editorial de la obra,<sup>1</sup> he meditado cuál puede ser la participación del internista en este problema. Desde luego, la consecuencia física de los padecimientos mentales más desastrosa es el suicidio. Si como sucede con frecuencia en edades tempranas (menores de 35 años o aún menores de 15 años) como está aconteciendo en México, la situación es aún más lamentable.<sup>2,3</sup> Los internistas debemos estar pendientes de que cualquier sospecha de gesto o intento suicida sea, además de ser atendido adecuadamente en la fase aguda, adecuadamente canalizado para ser tratado intensivamente, en ocasiones incluso con internamiento en hospitales especiales, y con ello evitar una recaída que pueda favorecer la consumación del suicidio. De primera intención no debemos despreciar o trivializar los gestos suicidas por menores o incluso que puedan parecer de primera intención. Puede ser la posibilidad de atender oportunamente a un paciente y con ello evitar consecuencias catastróficas. Lo mismo habrá que hacer en la consulta externa ante jóvenes o niños con conductas erráticas o manifestaciones de depresión.<sup>4</sup>

En las pacientes con anorexia nerviosa son varias las situaciones en que la participación del internista puede resultar importante. La “realimentación” cuando se realiza en lugares especializados o cuando es coordinada por nutriólogos expertos en el tema, en general no tiene consecuencias, independientemente del éxito que pueda lograrse con la dieta; pero como estos intentos para nutrir a las pacientes se hacen, muchas veces, fuera de estos

marcos pueden suceder complicaciones metabólicas como: hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e incluso acidosis metabólica, el internista puede enfrentarse a estas situaciones que se presentan de forma aguda, además debe estar alerta ante la presentación temprana de osteoporosis, de insuficiencia cardiaca por una cardiopatía propia de la anorexia, además de sangrado del tubo digestivo que puede estar ocasionado por síndrome de Mallory Weiis.<sup>5</sup>

Los pacientes con problemas mentales, especialmente con esquizofrenia, tienen mayor frecuencia de síndrome metabólico, se discute si esto sucede porque ciertas conductas alimentarias son más inadecuadas que en el resto de la población y que el sedentarismo es mayor o existen otros factores que hacen que el síndrome metabólico sea un problema agregado al de la enfermedad mental. La frecuencia de diabetes mellitus se incrementa considerablemente después de iniciar la administración de antipsicóticos, en los grupos observados anualmente crece el número de pacientes diabéticos entre los enfermos con tratamiento con antipsicóticos atípicos, comparado con grupos de pacientes sin padecimientos mentales.<sup>6</sup> Es notable que las enfermas mayores con esquizofrenia tengan un porcentaje de sobrepeso u obesidad mucho mayor (hasta 70%) que la población general, tienen también problemas respiratorios mucho más frecuentemente, quizás relacionados con el sobrepeso, a que el tabaquismo es más frecuente y probablemente a que se convierten en más sedentarios.<sup>8</sup> El aumento del apetito que ocasiona el uso de ciertos antipsicóticos coadyuva al incremento del peso y del índice de masa corporal lo que es posible esté ligado a mayor frecuencia de hipertensión arterial y, al final, a mayor riesgo cardiovascular que conduce a mayor mortalidad por esta causa.<sup>9</sup> El riesgo de síndrome metabólico no es igual con el uso de los diferentes antipsicóticos: es mayor con el uso de clozapina, intermedio con la olanzapina y la risperidona

y menor con la ziprazidona.<sup>10</sup> Por todo ello es fundamental la participación del internista en el manejo del paciente con esquizofrenia, coadyuvando con el psiquiatra para que el paciente sea atendido integralmente. Quizá los pacientes que cursan con esquizofrenia deban ser más estrechamente vigilados ante la presencia de neoplasias, cuando menos el cáncer de colon parece que es más frecuente entre ellos, por lo que las estrategias para la detección temprana de estas neoplasias deben ser especialmente cuidadosas.

Recientemente se publicaron evidencias acerca de que el optimismo puede estar ligado a menor frecuencia de enfermedad vascular aguda y de recaídas.<sup>13,14</sup> La depresión parece estar ligada a mayor frecuencia en las recaídas de infarto del miocardio y parece estar presente como predictor entre los enfermos con este problema por primera vez, incluso puede considerarse un factor de riesgo modificable.<sup>15,16</sup>

El internista debe participar en el manejo de los pacientes psiquiátricos para coadyuvar a conseguir integralidad en su tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Ramiro M. Manifestaciones físicas de las enfermedades mentales. En: de la Fuente JR, Heinsen G (ed). Salud Mental y Medicina Psicológica. México, en prensa 2011.
2. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública Mex 1996;38:197-206.
3. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex 2010;52(4): 292-304.
4. Luckie-Duque LA. Suicidio. En: Ramiro M, Lifshitz A, Halabe J, Frati A. (ed). El Internista. Medicina Interna para Internistas. 4<sup>a</sup> ed. En prensa. México: Nieto Editores, 2012.
5. Javaras KN, Pope HG, Lalonde JK, Roberts JL, Nillni YI, Laird NM, et al. Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. J Clin Psychiatry 2008;69(2):266-73.
6. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. Am J Manag Care 2007 Nov;13(7 Suppl):S170-177.
7. Basu A, Meltzer HY. Differential trends in prevalence of diabetes and unrelated general medical illness for schizophrenia patients before and after the atypical antipsychotic era. Schizophr Res 2006;86(1):99-109.
8. Dickerson F, Pater A, Origoni AE. Health behavioral and health status of older women with schizophrenia Psychiatr Serv 2002;53(7):882-884.
9. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. J Clin Psychiatry 2007;68 (Suppl 4):8-13.
10. Cerit C, Vural M, Bos Gelmez SÜ, Ozten E, Aker AT, Yıldız M. Metabolic syndrome with different antipsychotics: a multicentre cross-sectional study. Psychopharmacol Bull 2010;43(4):22-36.
11. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C, Parker C. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder: nested case-control study. Arch Gen Psychiatry 2007;64(12):1368-1376.
12. Guo JJ. Schizophrenia associated with increased risk of colon cancer but reduced risk of respiratory cancer. Evid Based Ment Health 2008;11(3):93.
13. Kim ES, Park N, Peterson C. Dispositional optimism protects older adults from stroke: the health and retirement study. Stroke. 2011 Oct;42(10):2855-2859.
14. Morgenstern LB, Sanchez BN, Skolarus LE, Garcia N, et al. Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms, and stroke outcome: A population-based analysis. Stroke 2011;42(10):2855-2859.
15. Shiozaki M, Iso H, Ohira T, Nakatani D, et al. Longitudinal risk of cardiovascular events in relation to depression symptoms after discharge among survivors of myocardial infarction. Circ J 2011;75(10):2305-2311.
16. Brown JM, Stewart JC, Stump TE, Callahan CM. Risk of coronary heart disease events over 15 years among older adults with depressive symptoms. Am J Geriatr Psychiatry 2011;19(8):721-729.