Centro de Estudos

CLÍNICA JORGE JABER

28/10/2023

Comorbidades clínicas em pacientes psiquiátricos internados

Dr. Luís Adriano de Paula
Pós-Graduação em Neurociências e Psiquiatria IPUB –UFRJ
MBA Gestão em Saúde –FGV

Histórico

Os primeiros relatos de internações em Psiquiatria parecem ter surgido como decorrência do avanço no processo de urbanização e da consequente necessidade de manutenção da ordem das cidades em crescimento.

Lapa, Centro – RJ

Histórico

Desde então, principalmente nas capitais, cada vez mais reclamos chegariam ao poder público para que tomasse providências enérgicas e retirasse de circulação os “desocupados ou desordeiros”.

Largo São Francisco de Paula – Rio de Janeiro

Rua do Ouvidor – Rio de Janeiro

Fonte: Marc Ferrez – site IMS

Histórico

Na época, a prisão era o destino comum dos criminosos, arruaceiros, vadios e loucos; e, nos casos mais evidentes de desarranjo mental, estes eram levados às enfermarias dos hospitais da Irmandade de Misericórdia – conhecida associação filantrópica leiga católica – o que não significava tratamento médico algum.

Hospital da Misericórdia (Santa casa da Misericórdia) Rua Santa Luzia – Rio de Janeiro

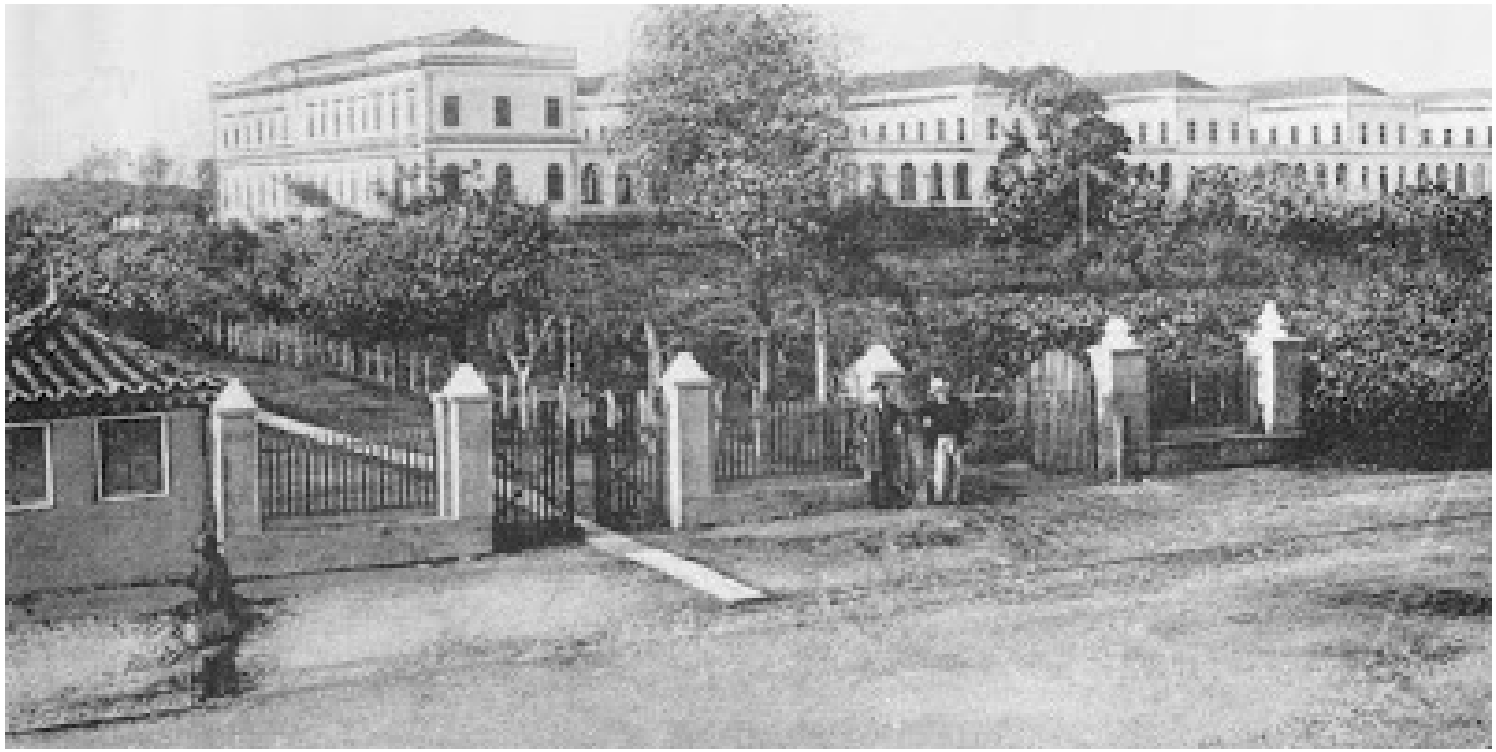
Histórico

O Hospício Pedro II levou cerca de dez anos para ser construído, e o suntuoso edifício da Praia Vermelha foi inaugurado em 1852.

Fachada do Hospício de Pedro II, na Praia Vermelha – Rio de Janeiro
(Litografia imperial de Eduardo Rensburg)

Histórico

Durante o Segundo Reinado (1841–1889), foram ainda criados hospícios exclusivos para alienados em São Paulo, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul e Ceará.



Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1874
primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre e da Província de São Pedro

Histórico

Com a proclamação da República, em 1889, a Igreja se separou do Estado, e as ordens religiosas transformaram-se em sociedades administradoras de seus bens.

Igreja de Santo Antônio, Capela da Ordem terceira de São Francisco e Hospital da Ordem terceira

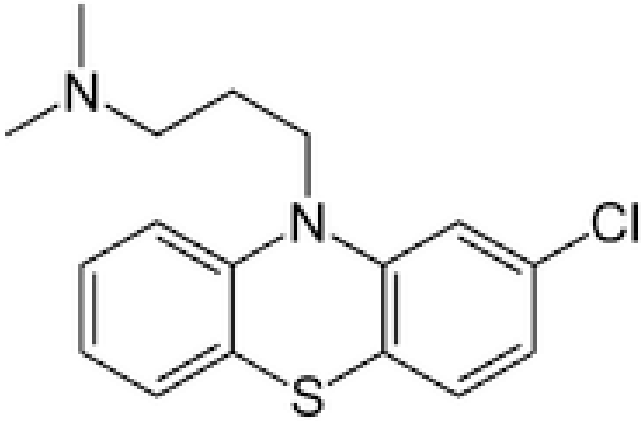
Histórico

Ainda assim, os médicos demorariam até o início do século XX para tomar efetivamente a direção dos hospícios de alienados, que passaram então por um processo de secularização.

Hospício Nacional de Alienados (atual UFRJ)

Histórico

Muito tempo depois com advento do primeiro medicamento antipsicótico, a **clorpromazina**, em 1950, surgiram os relatos iniciais de uma resposta mais clara e efetiva de uma substância que atenuava os sintomas psicóticos e não causava somente sedação.



$C_{17}H_{19}N2SCl$

A Clorpromazina

Clorpromazina é um antipsicótico clássico ou típico sendo protótipo no tratamento de pacientes esquizofrênicos.

Foi sintetizada pelo químico
Paul Charpentier
em 11 de dezembro de 1950

Os primeiros testes farmacológicos
foram feitos por
Simone Couvoisier

A Clorpromazina

A primeira referência do uso de clorpromazina na literatura médica surgiu num trabalho de Laborit e Huguenard em 13 de fevereiro de 1952:

"Um novo estabilizador neurovegetativo, o 4560 R.P."

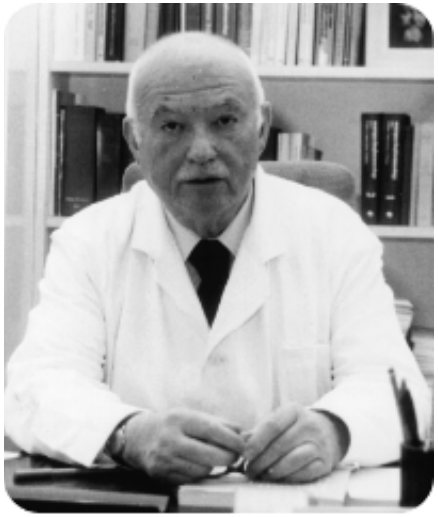
Não era um a indicação para tratamento das psicoses.

Coube ao cirurgião francês **Henri Laborit em 1947** as primeiras aplicações clínicas da substância

A Clorpromazina

Esse uso se deve a Deniker que, após conseguir amostras do 4.560 R.P. decidiu experimentá-lo em pacientes psicóticos.

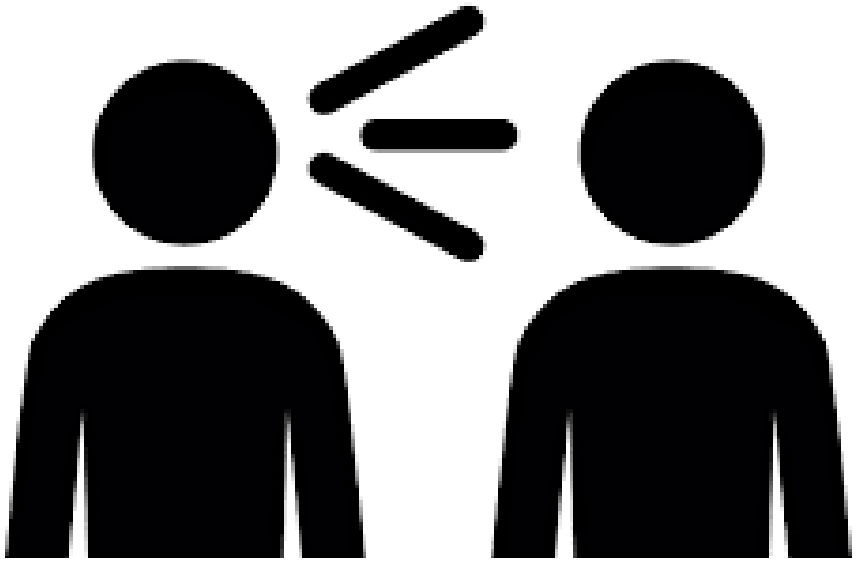
Na França o seu nome comercial é *Largactil®*, nos EUA, *Thorazine®* e no Brasil recebeu o nome de *Amplictil®*.



Pierre Deniker

Histórico

Apesar do novo tratamento instituído, o que demonstrou um notável avanço, muitos do pacientes portadores de transtornos mentais permaneciam ainda, por vezes, longos períodos internados e apresentavam comorbidades e complicações clínicas.



O Tratamento na CJJ

Na clínica Jorge Jaber foi instituído pelo médico clínico Dr. José Verissimo Júnior um protocolo inicial, onde todos os pacientes ao serem admitidos na instituição, são submetidos a exames médicos psiquiátricos e clínicos, além da solicitação de exames laboratoriais de rotina que consistem nos seguintes:

Glicemia, Lipidograma, VHS, Ureia e Creatinina, Sódio, Potássio, Magnésio, Cloro, Ferro Sérico e Ferritina, Tiamina (Vit. B1), TGO, TGP, Fosfatase Alcalina E Gama GAT, Proteínas Totais e Frações, Amilase E Lipase, TSH, T4livre, T3, VDRL, FTAabs-igG, HBSAG, Anti-HBS, Anti-HBC, Anti-HCV e Anti-HAV (IgG e IgM), Hemograma, EAS, Cultura E TSA.

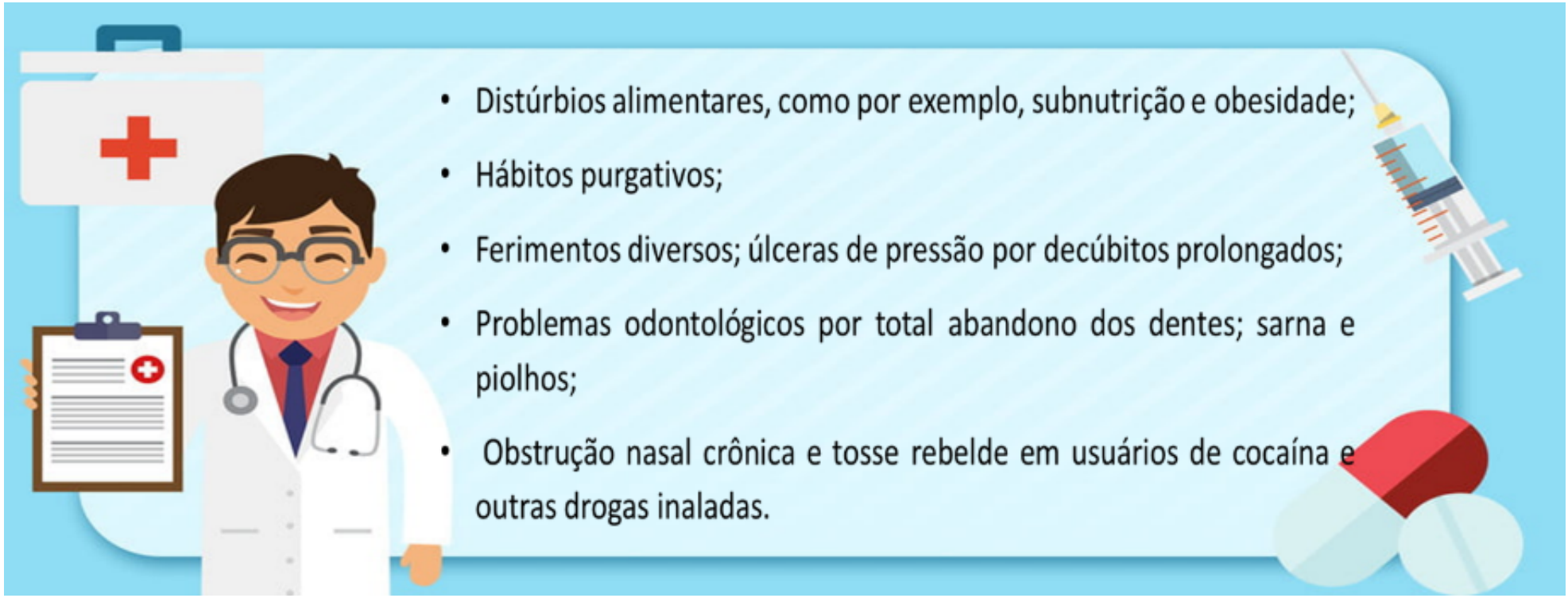
O Tratamento na CJJ

Todos os exames descritos são solicitados de rotina nos pacientes ao serem internados.

O objetivo é detectar alguma possível comorbidade clínica e iniciar ou manter o tratamento adequado.

O Tratamento na CJJ

De uma maneira geral os pacientes chegam descuidados quanto a própria pessoa e isso inclui o desleixo com o tratamento tanto do distúrbio psiquiátrico, quanto a dependência química. Segue abaixo alguns exemplos de intercorrências clínicas mais frequentes:



O Tratamento na CJJ

Intercorrências clínicas frequentes observadas:

- Doenças sexualmente transmitidas não diagnosticadas, não tratadas ou com tratamentos irregulares;
- Asma brônquica, enfisema, pneumonias;
- Hepatites incluindo as iatrogênicas, viróticas e as induzidas por drogas;
- Hepatites incluindo as iatrogênicas, viróticas e as induzidas por drogas;
- Diabetes _102 casos entre 1724 pacientes –(5,92%);
- HAS – 134 – (7,83%)
- Dislipidemias 192 – (11,14%) –
- Ganho ponderal induzido pelos antipsicóticos, antidepressivos e a estabiliz de humor ocorrem em mais de 805 dos pacientes dependendo da droga ut com até 30% de desenvolvimento de obesidade.

Comorbidade

Existem também trabalho em que se observou a incidência de comorbidades clínicas em pacientes portadores de transtorno bipolar tipo 1.

O transtorno bipolar do tipo 1 se caracteriza por episódios recorrentes de mania e depressão e ocorre em 0,6% da população mundial.

Apesar dos avanços relacionados a terapêutica, os pacientes com transtorno bipolar, mesmo em períodos de eutimia apresentam sintomas de humor residuais, assim como déficits cognitivos.

Comorbidade

Comorbidade pode ser conceituada como a ocorrência de duas ou mais entidades nosológicas no mesmo paciente.

A co-ocorrência de diagnósticos em um mesmo paciente pode influenciar o curso, a resposta ao tratamento e/ou o prognóstico da enfermidade.

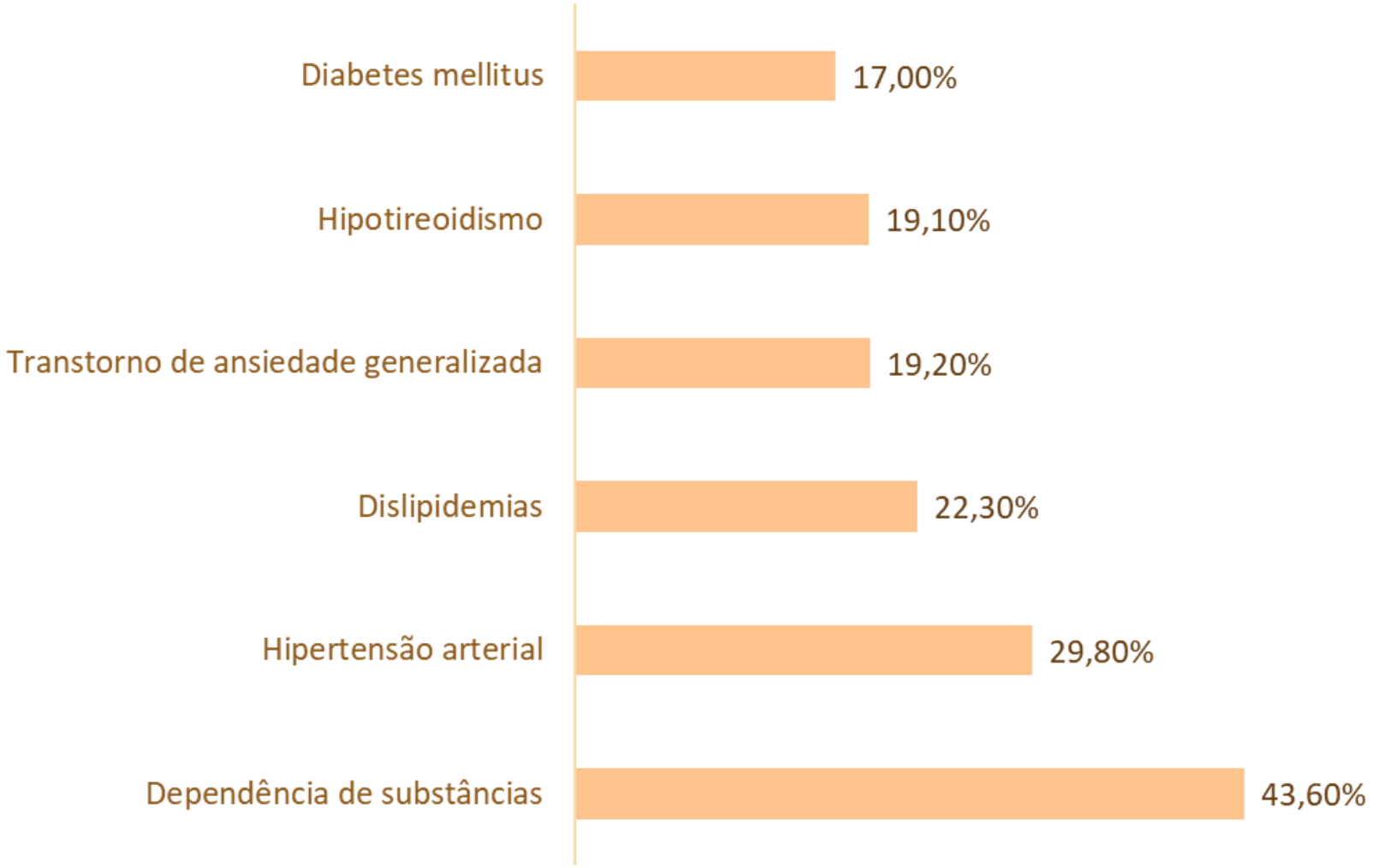
Comorbidade

Em relação à presença de comorbidades clínicas, descreve-se elevada prevalência de distúrbios metabólicos, cardiovasculares e endócrinos nesses pacientes.

Não se sabe se essas comorbidades clínicas se referem as condições ligadas ao transtorno *bipolar per se*, se seriam consequência do tratamento farmacológico ou uma combinação de ambos os fatores.

Comorbidade

As comorbidades mais prevalentes nos pacientes bipolares foram:



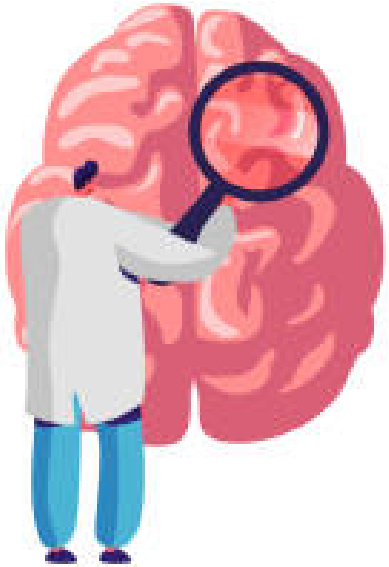
Comorbidade

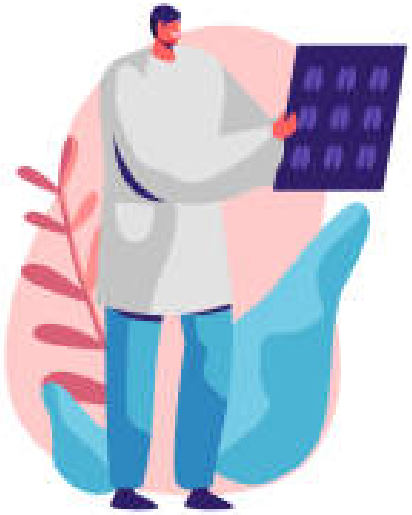
A sobreposição de comorbidades clínicas no paciente com transtorno bipolar tem provável etiologia multifatorial.

Pesquisas têm demonstrado que a desregulação do humor e do apetite compartilha alguns substratos neurobiológicos.

Comorbidade

Dados de neuroimagem, por exemplo, mostram que há sobreposição dos circuitos neurais ligados à regulação do humor e do comportamento alimentar, como as conexões entre a amígdala e o córtex pré-frontal.





Comorbidade

Além disso, a hiperatividade persistente do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em pacientes bipolares pode estar relacionada a elevação da pressão arterial, aumento de resistência à insulina e dislipidemia.

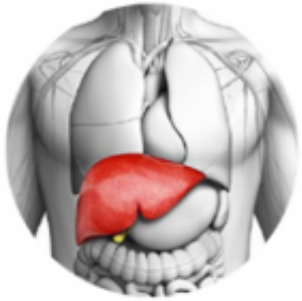
Comorbidade

É importante mencionar que o uso de medicamentos psicotrópicos, particularmente os antipsicóticos atípicos, também está ligado a síndrome metabólica, aumento do apetite e preferência por alimentos doces, assim como redução da atividade física.

Reconhece-se também que o uso do lítio está associado ao hipotireoidismo.

Síndrome Metabólica

O termo síndrome metabólica descreve um conjunto de fatores de risco que se manifesta num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrame e diabetes.



Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica tem como base a resistência à ação da insulina (hormônio responsável pelo metabolismo da glicose), daí também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina.

Isto é a insulina atua menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais insulina e elevando o seu nível no sangue.

Síndrome Metabólica

Alguns fatores contribuem para o aparecimento:

- os genéticos
- excesso de peso (principalmente na região abdominal)
- ausência de atividade física.

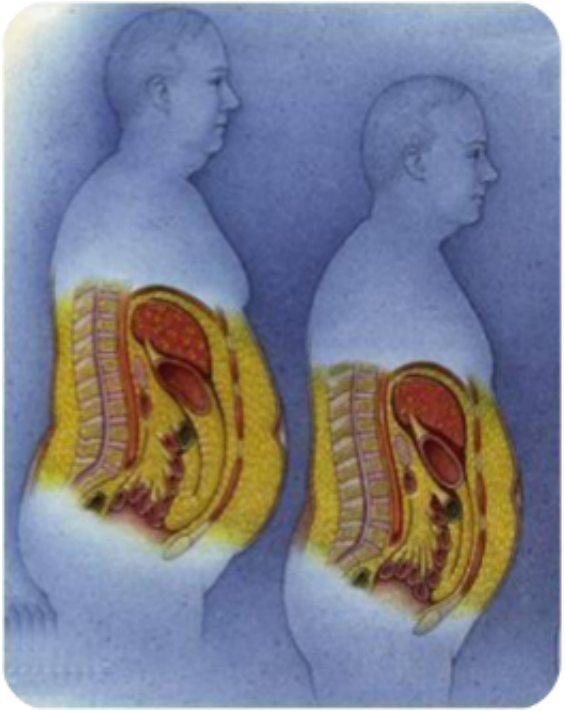
Síndrome Metabólica

O impacto positivo dos antipsicóticos atípicos (APAs) no manejo da esquizofrenia é incontestável.

Seu maior ganho em relação ao uso do antipsicóticos convencionais consiste na redução dos sintomas extrapiramidais, havendo, ainda melhor eficácia em relação aos sintomas negativos, afetivos e cognitivos.

Síndrome Metabólica

Entretanto apesar dos benefícios envolvidos com o advento dos APAs, seu uso está associado ao aumento de prevalência de distúrbios metabólicos como obesidade, diabetes tipo 2, síndrome metabólica (SM) e dislipidemias.



Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Condições causadas por insuficiência dietética

Como as bebidas alcoólicas são muito ricas em calorias, gerando cerca de 7 calorias por grama de álcool ingerido, um bebedor razoável facilmente ultrapassa 3000 calorias de ingestão calórica diária total.

Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Condições causadas por insuficiência dietética

Calcula-se que cerca de 10% de ingestão das calorias ingeridas pelos americanos provém do álcool, e um bebedor pesado costuma ingerir 50% das calorias sob essa forma, o que favorece uma série de distúrbios nutricionais (carências, principalmente de proteínas, tiamina (vitamina B1), ácido fólico e piridoxina (vitamina B6), já que o indivíduo diminui sensivelmente o consumo de alimentos.

Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Condições causadas por insuficiência dietética

As bebidas alcoólicas, embora ricas em calorias, não contêm todos os elementos essenciais à sobrevivência, tais como aminoácidos, vitaminas e sais minerais, o álcool transforma indivíduos antes saudáveis em indivíduos desnutridos e fisicamente deficientes.

Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Condições causadas por insuficiência dietética

Além disso, o álcool favorece o surgimento de diabetes (e eventualmente outros distúrbios metabólicos graves como cetoacidose), acidose lática, elevação do ácido úrico e de triglicerídeos.

Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Doenças causadas pelo efeito tóxico direto do etanol

O consumo exagerado e constante de bebidas alcoólicas pode causar alterações em todos os sistemas orgânicos do corpo.

Esse efeito tóxico age sobre um organismo que, como vimos anteriormente, encontra-se em estado de desnutrição.

Os dois fatores agem simultaneamente, levando ao surgimento de várias doenças.

Problemas médicos decorrentes do Alcoolismo

Doenças causadas pelo efeito tóxico direto do etanol

Principais alterações médicas ligadas ao consumo de álcool	
Órgão ou stema afetado	**Problema Médico**
ão	Deficiências: Folato, Tiamina, Piridoxina, Niacina, Riboflavina, Magnésio, Zinco, C, Cálcio
ólitos e Eletrólitos	Hipoglicemia, Hiperlipidemia (Colesterol e Triglicerídeos) Hiperuricemia, Cetoacidose, Hipomagnesemia, Hipofosfatem
ro	Encefalopatia Hepática, Síndrome de Wenicke-korsakoff, Atrofia Cerebral, Atrofia Cerebelar, Ambliopia, Mienólise P Central, Doença de Marchiafava-bignami
s	Neuropatias (compressivas, polineuropatia)
los	Miopatia alcoólica (aguda, subaguda, crônica)
	Esteastose, Hepatite alcóolica, Cirrose de Laennec, Hepatocarcinoma
io	Hipertensão, Cardiomiopatia, Arritmias, Morte súbita
e	Anemia (diversos tipos), Macrocitose, Leucopenia e Trombocitopenia
ntestinal	Esofagite e gastrite, Pancreatite (aguda, crônica), Síndrome “pseudoCushing”
rino	Atrofia de testículos e Amenorréia
	Osteopenia e Osteoporose

Manifestações Sistêmicas do Alcoolismo

Alterações Cardiovasculares

O efeito tóxico do álcool pode acarretar dano ao coração, como a cardiomiopatia alcoólica, caracterizada por lesão das fibras musculares cárdicas, podendo levar a aumento global do órgão – cardiomegalia – e à insuficiência cardíaca congestiva

Manifestações Sistêmicas do Alcoolismo

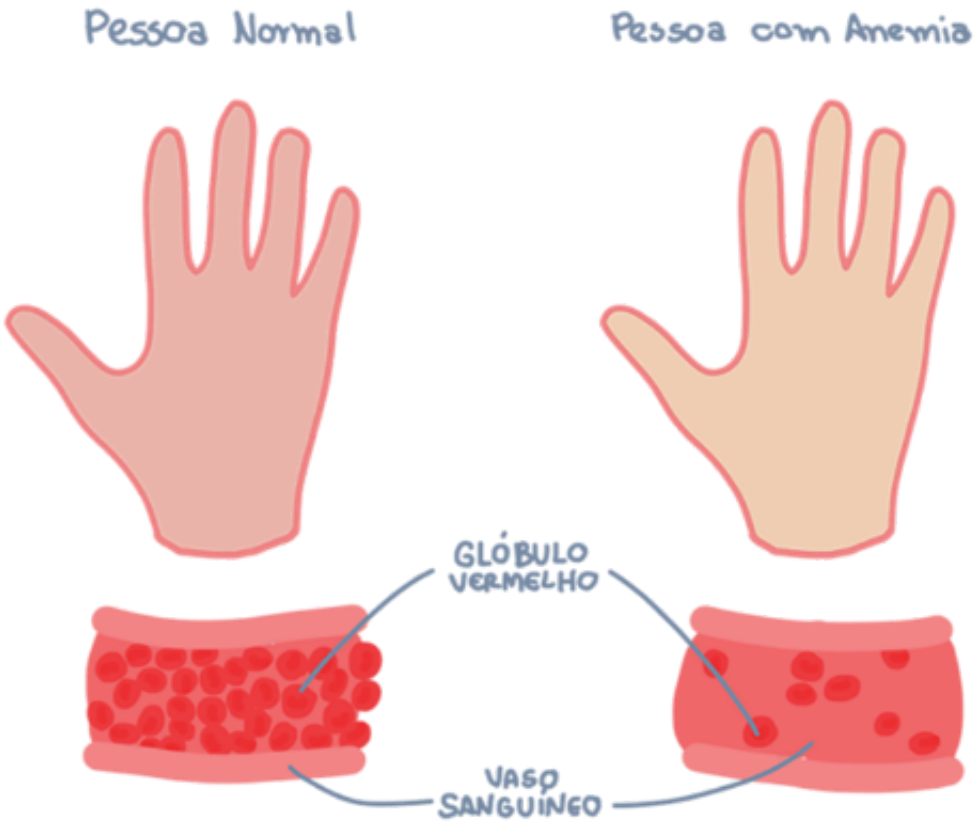
Alterações Cardiovasculares

O abuso alcoólico, além de prejudicar a absorção dos nutrientes, levando a deficiência – responsável anemias – de ácido fólico e de uma série de vitaminas do complexo B, tem efeitos diretos sobre o sistema gastrointestinal: gastrite aguda ou crônica, pancreatite também aguda ou crônica (insuficiência pancreática exócrina, diabetes...) e até mesmo câncer do esôfago.

Manifestações Sistêmicas do Alcoolismo

Alterações Hematológicas

O álcool causa alterações no sangue, dessas a mais importante é a anemia.

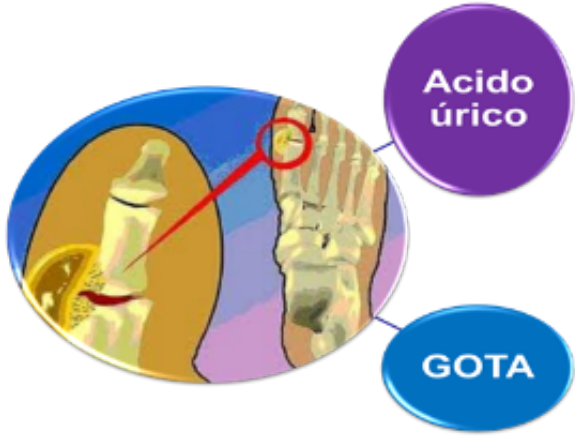


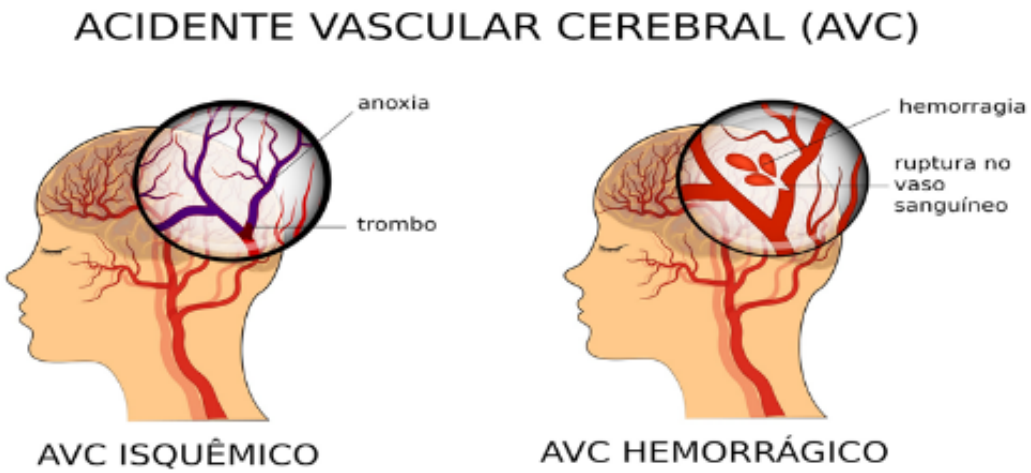
Manifestações Sistêmicas do Alcoolismo

Alterações Metabólicas

A) Aumento do ácido úrico, muitas vezes exacerbando a gota.

B) Aumento da gordura (hiperlipidemia) que leva ao depósito arterial de gordura e favorece o comprometimento da circulação, principalmente da circulação coronariana, aumentando o risco de enfarte do miocárdio, e cerebral, com risco aumentado de AVC – Acidente Vascular Cerebral, popularmente chamado de derrame.





Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Complicações neurológicas e hepáticas estão entre as mais comuns do alcoolismo.

Complicações Hepáticas
55%

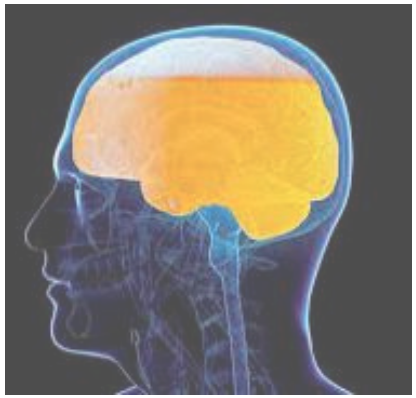
Complicações neurológicas
30%

Outras complicações = 15%

Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Síndrome de Wernicke–Korsakoff

A síndrome de Wernicke pode surgir isoladamente ou acompanhada de outras manifestações do alcoolismo. (polineuropatia em 80% dos casos)



A tríade clínica clássica consiste em alterações oculomotoras:

- Nistagmo, diplopia (VI nervo uni ou bilateral) e oftalmoplegia (raramente completa)
- Ataxia da marcha (cerebelar)
- Confusão mental (eventualmente delírio), mas podem ocorrer outras manifestações (coma, hipotensão, hipotermia).

Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Pelagra

Rara em países desenvolvidos, pode ser bem mais comum entre nós.

Resulta da deficiência de niacina (ou de seu precursor triptofano) e de outras vitaminas do complexo B, como piridoxina.

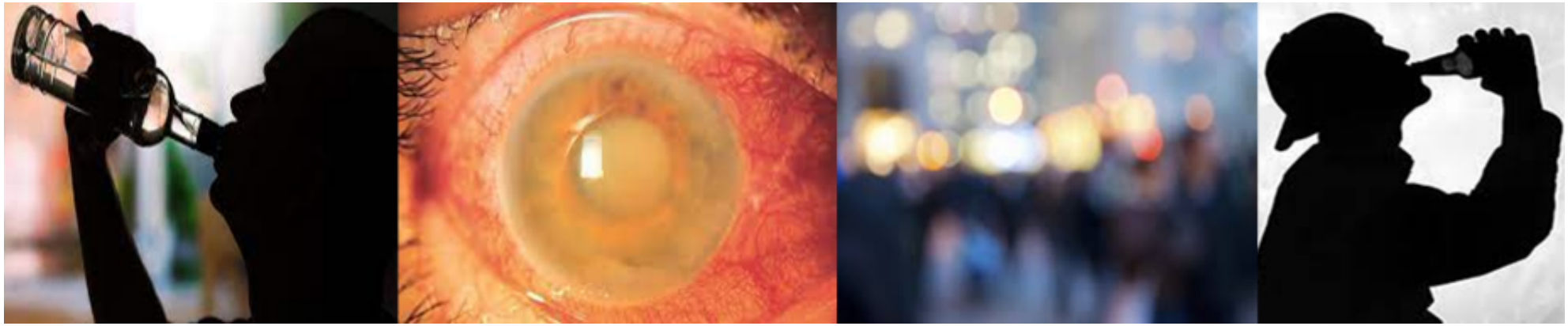
Diarreia, glossite, anemia, lesões avermelhadas em partes expostas ao sol.

Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Ambliopia Nutricional

Essa condição é mais comum em pacientes com múltiplas deficiências nutricionais do complexo B (outras manifestações deficitárias podem acompanhá-las).

A perda progressiva da acuidade visual e da capacidade de identificar cores.



Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

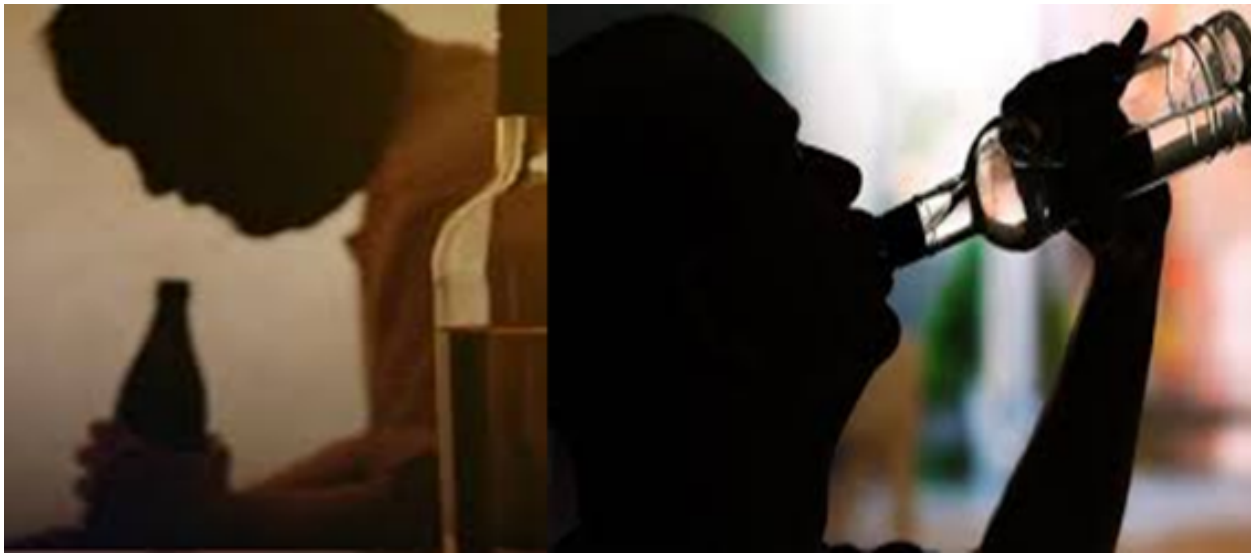
Demência Alcoólica

Redução do volume cerebral não é rara em alcoólatras, com perda de neurônios corticais (principalmente córtex pré motor) e palidez da substância branca.

Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Degeneração Cerebelar Alcoólica

Os sintomas dessa complicação costumam surgir em alcoólatras desnutridos, habituados a consumo pesado regular e a frequentes episódios de ingestão maciça de álcool.



Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

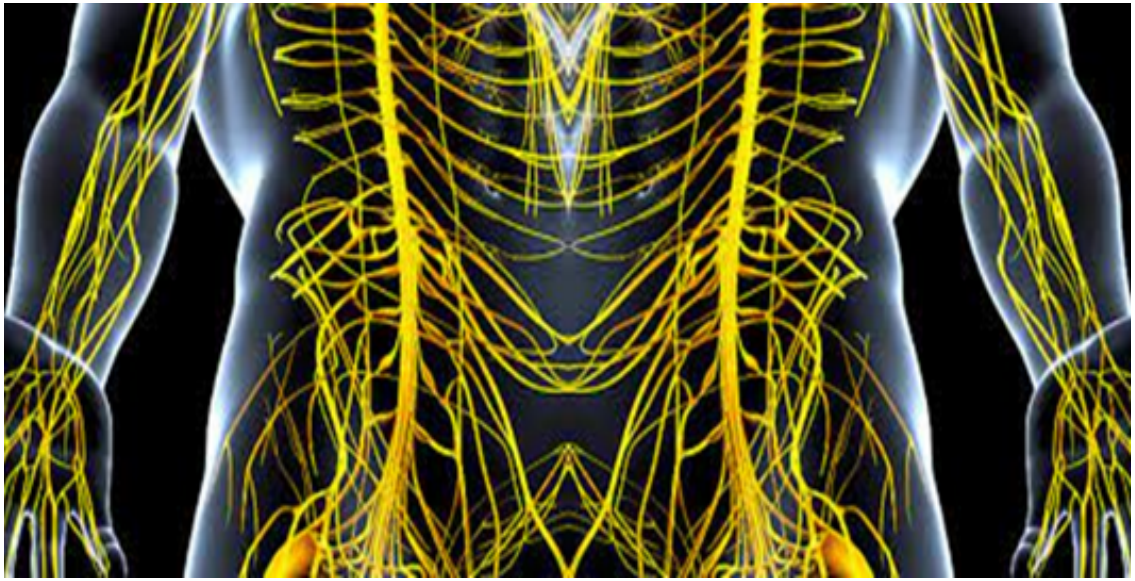
Miopatia Alcoólica

Os músculos podem sofrer agressão aguda após uma libação alcoólica com dor, edema, fraqueza e endurecimento muscular.

Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Polineuropatia Alcoólica

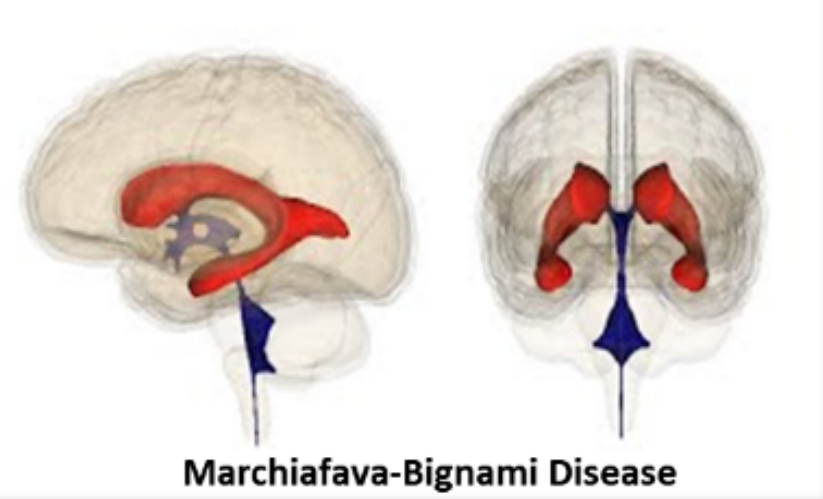
Trata-se de uma lesão subaguda afetando fibras nervosa dor (principalmente em queimação) e parestesias – e motoras – fraqueza de predomínio distal nos pés e pernas e eventualmente afetando as mãos.



Manifestações Neurológicas do Alcoolismo

Mielinólise Pontina Central e Síndrome de Marchiafava–Bignami

Como outros pacientes, os alcoólatras são suscetíveis de desenvolver mielinólise pontina central.



Trata-se geralmente de pacientes gravemente depletados de sódio (hiponatremia e hipo-osmolaridade), geralmente após tentativa intempestiva.

O Álcool e o Bebê

O consumo de álcool durante a gestação aumenta o risco de abortamento espontâneo e de nascimento de bebês de baixo peso (principalmente em mães fumantes).

Além disso o álcool é teratogênico, isto é, capaz de gerar anomalias e malformação no feto.

Em casos mais graves esse conjunto de alterações fetais constitui na síndrome fetal alcoólicas.

O Álcool e o Bebê

Alterações faciais – olhos ‘pequenos’ fissuras palpebrais curtas, nariz curto e apontado para cima, por ausência da ponte nasal, boca com lábio superior fino e ausência do filtro.

Deficiência de crescimento pré-natal e pós-natal.

O Álcool e o Bebê

Acometimento do sistema nervoso central – principalmente retardo mental leve a moderado, microcefalia, hipotonia (criança flácida), irritabilidade em bebês, hiperatividade na infância.

O risco parece aumentar quanto maior for o consumo de álcool durante a gestação.

Bibliografia

- American Association for the Study of Obesity. Consensus Development Conference on Antipsychotic Drugs and Obesity and Diabetes. Diabetes Care, 27(2): 596-601, 2004.
- Google Arts e Culture. Wikipedia - Clorpromazina [Acesso em 17/09/2021] disponível em: https://artsandculture.google.com/entity/m0133fz?hl=pt
- Galdini Raimundo Oda, Ana Maria y Dalgalarrondo, Paulo y 2004), "O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria." Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, Vol. VII, núm.1, pp.128-159. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. São Paulo, Brasil, 2004. [Acesso em 17/09/2021] disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778012
- Jaber J, André C, Alcoolismo. Ed. Revinter 1ª ed. 2002.
- Keefe RS, Silva SG, Perkins DO, Lieberman JA. The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: a review and meta-analysis. Schizophr Bull, 25(2): 201-22, 1999
- Killgore WD, Young AD, Femia LA, Bogorodzki P, Rogowska J, Yurgelun-Todd DA. Cortical and limbic activation during viewing of high- versus low-calorie foods. Neuroimage. 2003;19(4):1381-94.
- Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. Psychosom Med. 2005.

Bibliografia

- Langan C, McDonald C. Neurobiological trait abnormalities in bipolar disorder. Mol Psychiatry. 2009;14:833-46.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):241-51.
- Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. J Affect Disord. 2006;93:105-15.
- Soreca I, Frank E, Kupfer DJ. The phenomenology of bipolar disorder: what drives the high rate of medical burden and determines long-term prognosis? Depress Anxiety. 2009;26(1):73-82
- Teixeira PJR, Rocha FL. Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor. Rev Psiquiatr RS. 2006;28(2):186-96.
- Watson S, Gallagher P, Ritchie JC, Ferrier IN, Young AH. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. Br J Psychiatry. 2004;184:496-502.
- Whitworth JA, Williamson PM, Mangos G, Kelly JJ. Cardiovascular consequences of cortisol excess. Vasc Health Risk Manag. 2005;1(4):291-9.

Obrigado !

www.clinicajorgejaber.com.br