COMO EU TRATO ESQUIZOFRENIA

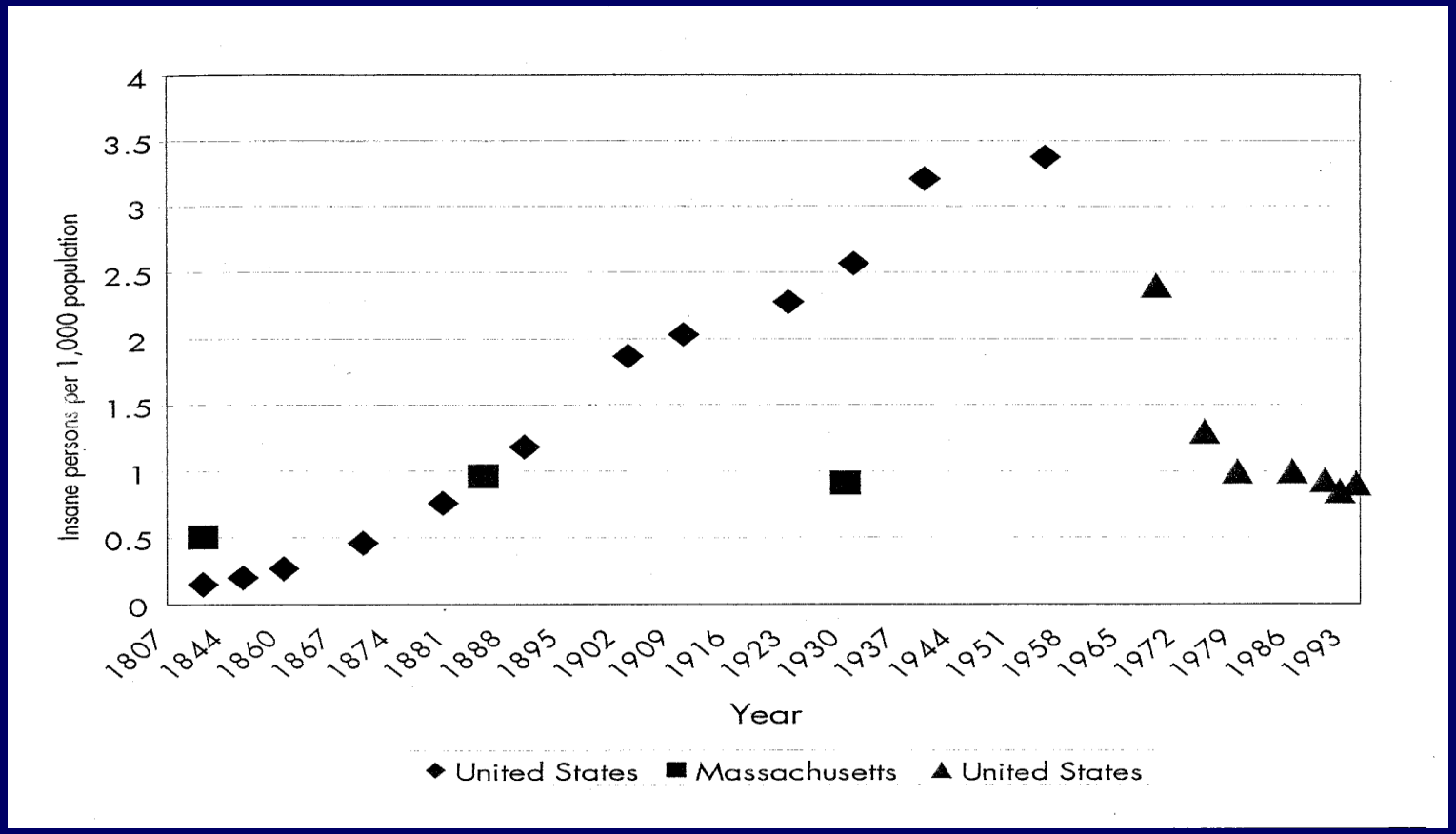
PORTO ALEGRE-2016

- **Prof. Dr. Itiro Shirakawa**

Professor Titular de Psiquiatria pela UNIFESP-EPM

- **Vice-presidente da ABP (2013-2016)**

Introdução dos Antipsicóticos e Redução da Internações Psiquiátricas



Eaton & Chen, 2006

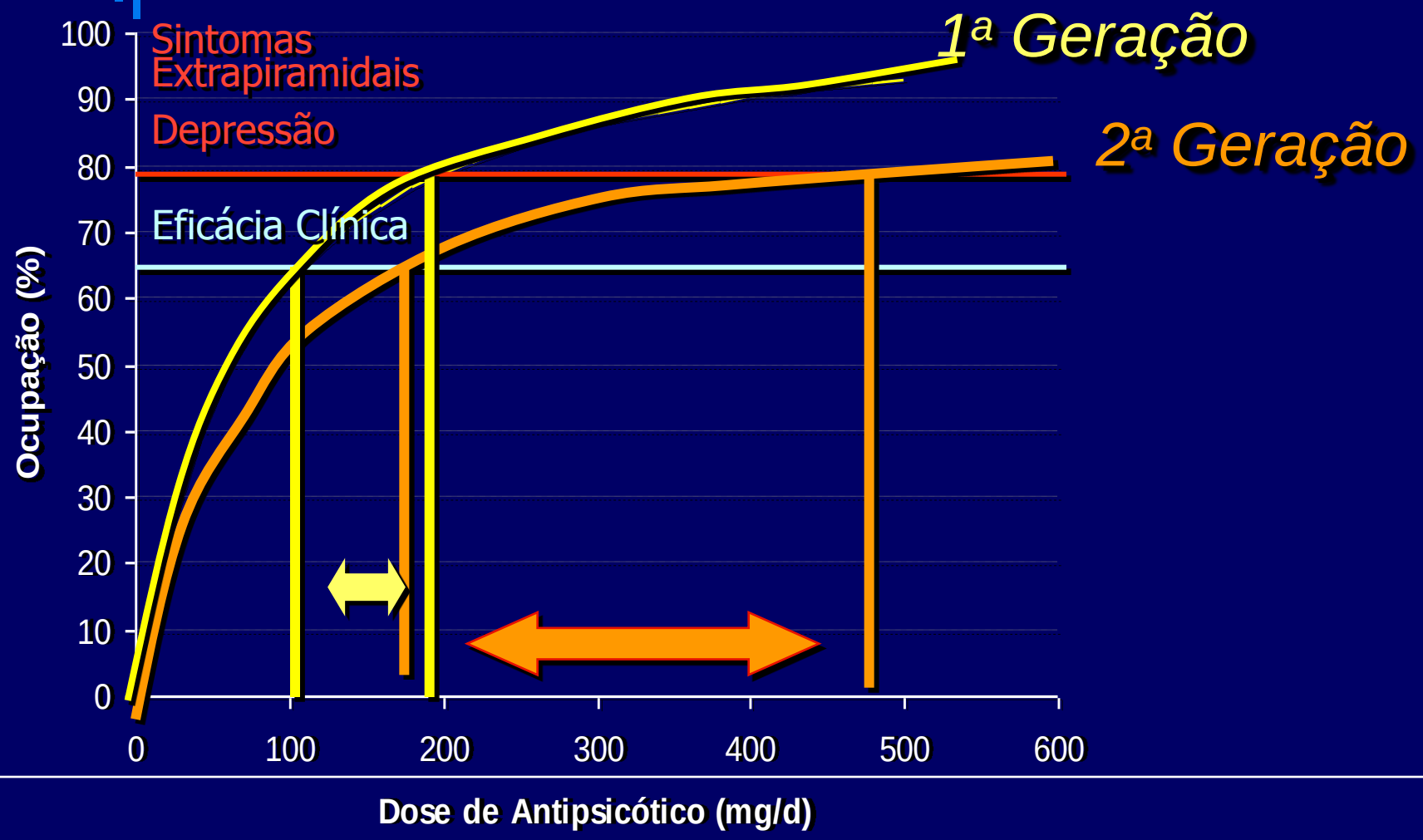
Tratamento da fase aguda: Remissão (Andreasen)

Dimensão	Sintoma	Limiar máximo de gravidade
Positiva	Delírios	Presença de um ou dois delírios que são vagos, *não cristalizados* e que *não* são mantidos tenazmente. Os delírios não interferem no pensamento, nas relações sociais ou na conduta
	Conteúdo incomum do pensamento	Conteúdo do pensamento é algo peculiar ou idiossincrático, ou então as idéias comuns são apresentadas num contexto bizarro
	Conduta alucinatória	Uma ou duas alucinações claramente definidas, mas *pouco freqüentes*, ou então, um certo número de percepções anormais que são vagas, que *não produzem* distorções no pensamento ou na conduta
Desorganização	Desorganização conceitual	Pensamento circunstancial, tangencial ou paralógico. Há alguma *dificuldade* em direcionar objetivamente os pensamentos e alguma desorganização do pensamento *pode* surgir quando sob pressão
Negativa	Maneirismos e postura	*Discreto* desajeitamento nos movimentos ou pequena rigidez na postura
	Afeto embotado	Mudanças na expressão facial e na gesticulação *parecem ser* contidas, forçadas, artificiais ou sem modulação
	Afastamento social passivo/apático	Mostra *ocasionalmente* interesse em atividades sociais, porém, com pouca iniciativa. *Geralmente*, aproxima-se dos outros quando estes tomam a iniciativa
	Falta de espontaneidade no fluxo da conversação	Na conversação mostra *pouca* iniciativa. As respostas do paciente *tendem* a ser breves e pouco elaboradas, necessitando ser direcionada pelo entrevistador

Escolha do Medicamento

- APG x ASG
- ASG – PEP
- Tolerabilidade
- Eficácia

Janela Terapêutica: 1ª vs 2ª geração



Dose de Tratamento

ASG e suas dosagens terapêuticas

ASG	DOSE USUAL	POSSOLOGIA
Clozapina	300 a 600 mg/dia - Excepcionalmente até 900 mg/dia	as doses devem ser divididas em duas a três vezes ao dia
Amissulprida	400 a 800 mg/dia	duas vezes ao dia
Risperidona	2 a 8 mg/dia	uma ou duas vezes ao dia
Olanzapina	10 a 20 mg/dia	uma ou duas vezes ao dia
Ziprasidona	40 a 200 mg/dia	duas vezes ao dia
Quetiapina	400 a 800 mg/dia	duas vezes ao dia
Aripiprazol	15 a 30 mg/dia	uma vez ao dia
Paliperidona	6 a 12 mg/dia	uma ou duas vezes ao dia
Asenapina	10 a 20mg/dia	duas vezes ao dia

Tratamento de Manutenção

- Dose mínima eficaz
- Adesão
- Efeitos colaterais
- Descontinuação do tratamento
- Manejo dos sintomas negativos
- Tratamento psicossocial

Manejo dos Efeitos Colaterais

- Sintomas extrapiramidais
- Ganho de peso
- Disfunção sexual

Sintomas Extrapiramidais

- Agudos:

  - Distonia

  - Parkinsonismo

  - Acatisia

- Tardios:

  - Discinesia tardia

Sintomas Extrapiramidais

- Atuação sobre receptores:

  - Bloqueio de receptores de Dopamina na via nigroestriatal

- ASG – Afinidade pelos receptores

  - Risperidona e Amissulprida > Ziprasidona = Asenapina > Olanzapina > Quetiapina, Clozapina e Aripiprazol

- Possíveis efeitos relacionados

  - Acinesia; Hipercinesia; Sintomas extrapiramidais(SEP) e Discinesia Tardia (DT)

- Manejo

  - Reduzir a dose quando possível; troca para ASG e uso cuidadoso de anticolinérgicos em SEP

Síndrome Metabólica

- Ganho de peso e aumento da circunferência abdominal
- Resistência a insulina
- Diabetes e dislipidemias
- Riscos de doenças cardiovasculares
- Antipsicóticos típicos principalmente fenotiazinas, olanzapina, ciozapina e quetiapina

Disfunção Sexual

- Atuação sobre receptores:

  - Bloqueio de receptores de Dopamina na via túbero-infundibular
- ASG – Afinidade pelos receptores

  - Risperidona e Amissulprida > Ziprasidona = Asenapina > Olanzapina > Quetiapina, Clozapina e Aripiprazol
- Possíveis efeitos relacionados

  - Hiperprolactinemia, disfunção sexual, galactorréia e ginecomastia
- Manejo

  - Reduzir a dose quando possível
  - Troca de medicação quando intoleráveis

Antagonismo M_1

- Atuação sobre receptores:

  -Antagonista de receptores M1 (Muscarínicos)
- ASG – Afinidade pelos receptores

  - Olanzapina e Clozapina > Quetiapina > Risperidona = Asenapina > Ziprasidona e Aripiprazol
- Possíveis efeitos relacionados

  - Tremores; boca seca; visão turva; sonolência e náusea
- Manejo

  - Reduzir a dose quando possível; administrar medicação à noite; boca seca: tomar goles de água, chupar balas dietéticas e escovar os dentes com frequência

Antagonismo Alfa$_1$

- Atuação sobre receptores:

  - Antagonista a-1 adrenérgico
- ASG – Afinidade pelos receptores

  - Risperidona >Quetiapina e Clozapina = Asenapina > Ziprasidona > Olanzapina> Aripiprazol
- Possíveis efeitos relacionados

  - Tonturas e Hipotensão postural
- Manejo

  - Orientações para levantar e mudar de posição devagar; introdução lenta da medicação e evitar em idosos

Dimensões psicopatológicas

S. Positivos
Delírios
Alucinações

Desorganização
Transtorno do Pensamento
Comportamento bizarro

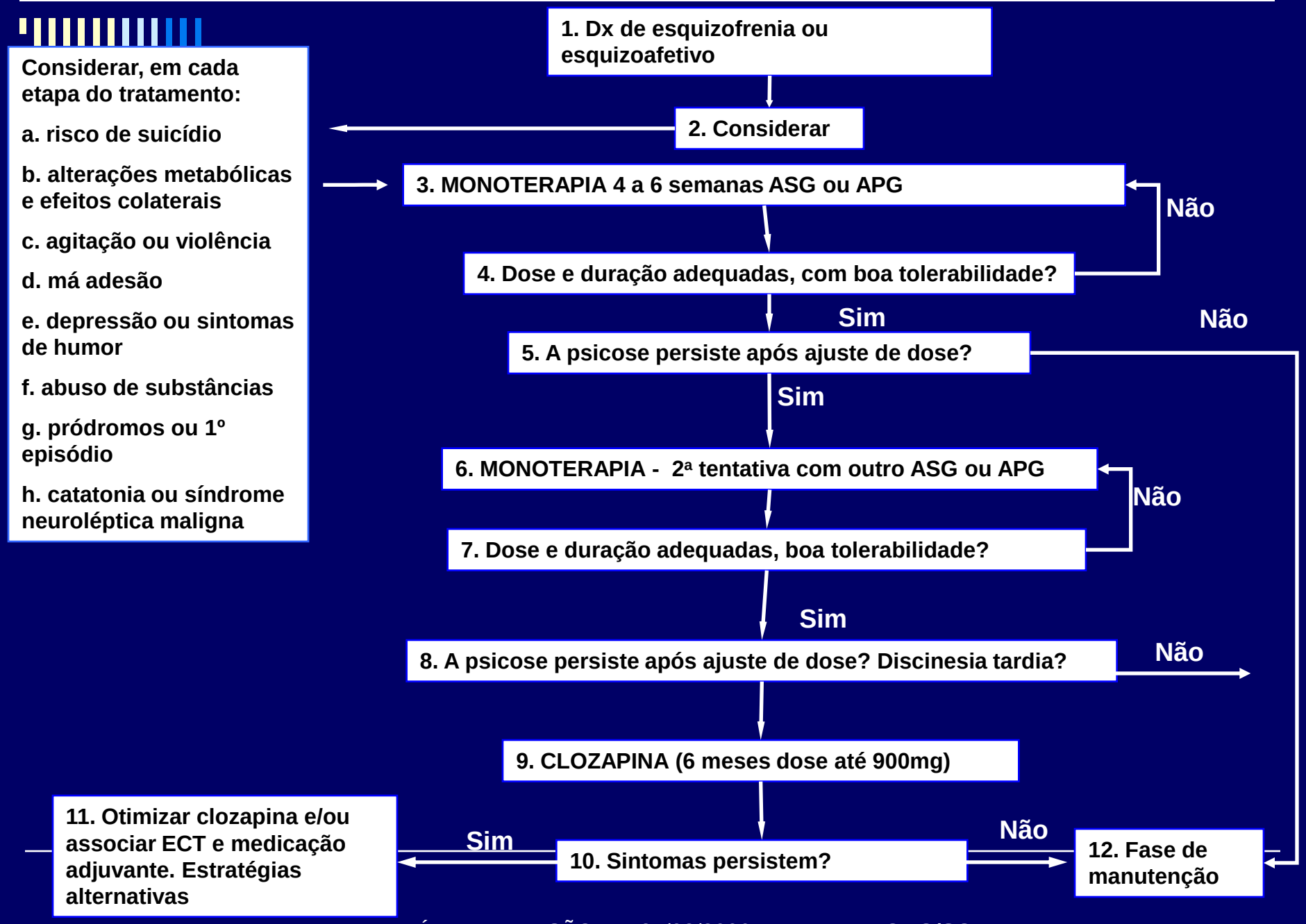
S. Negativos
Déficit Afetivo
Alogia
Abulia
Anedonia

Esquizofrenia

S. Cognitivos
Déficit atenção
Déficit memória
Déficit funções executivas

Humor/Ansiedade
Depressão/Exaltação
Ansiedade (SOC)

Liddle et al., Br J Psychiatry 1987; Lindenmyer et al., Schizophr Res 1995



ÚLTIMA VERSÃO EM 27/03/2006: **WWW.IPAP.ORG/SCHIZ**

Hemograma

CÓDIGO VERDE

Liberado para tratamento

Leucócitos > 3.500 /mm3

Neutrófilos > 2.000 /mm3

Bressan e Elkis, 2007

Hemograma

CÓDIGO AMARELO

Repetir Hg

Primeiras 18 sem

3.000 < Leuco < 3.500

Ou

1.500<neutro<2.000

Mínimo 2x/sem

Após 18 sem

2.500 < Leuco < 3.000

Ou

1.000<neutro<1.500

Mínimo 2x/sem

Bressan e Elkis, 2007

Hemograma

CÓDIGO VERMELHO

Suspender Tratamento

Primeiras 18 sem

- Leuco < 3.000
- Neutro< 1.500

ou

- Plq < 50.000

Após 18 sem

- Leuco < 2.500
- Neutro< 1.000

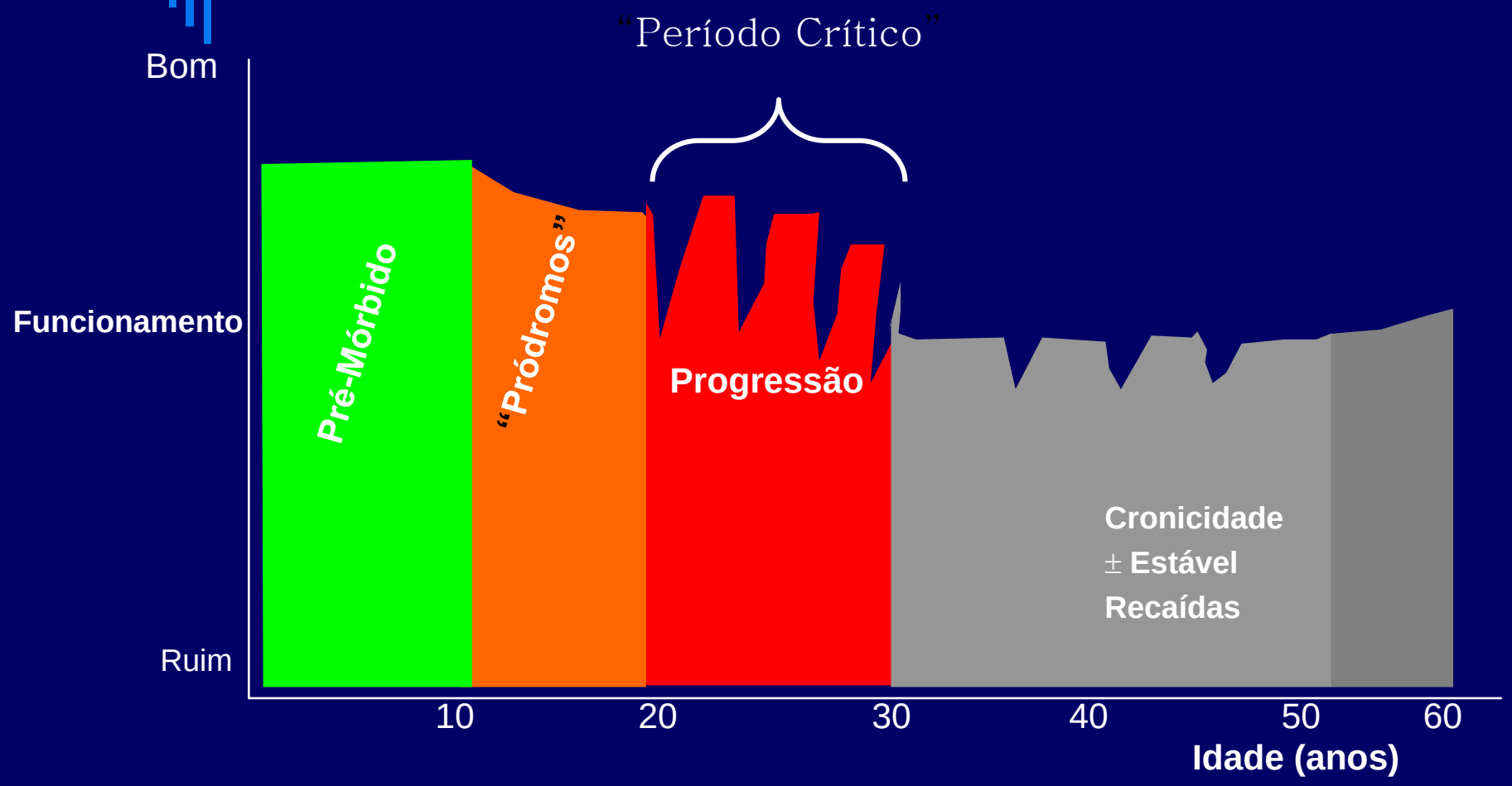
Leuco < 2000/mm3: interromper para sempre

Bressan e Elkis, 2007

Efeitos Colaterais

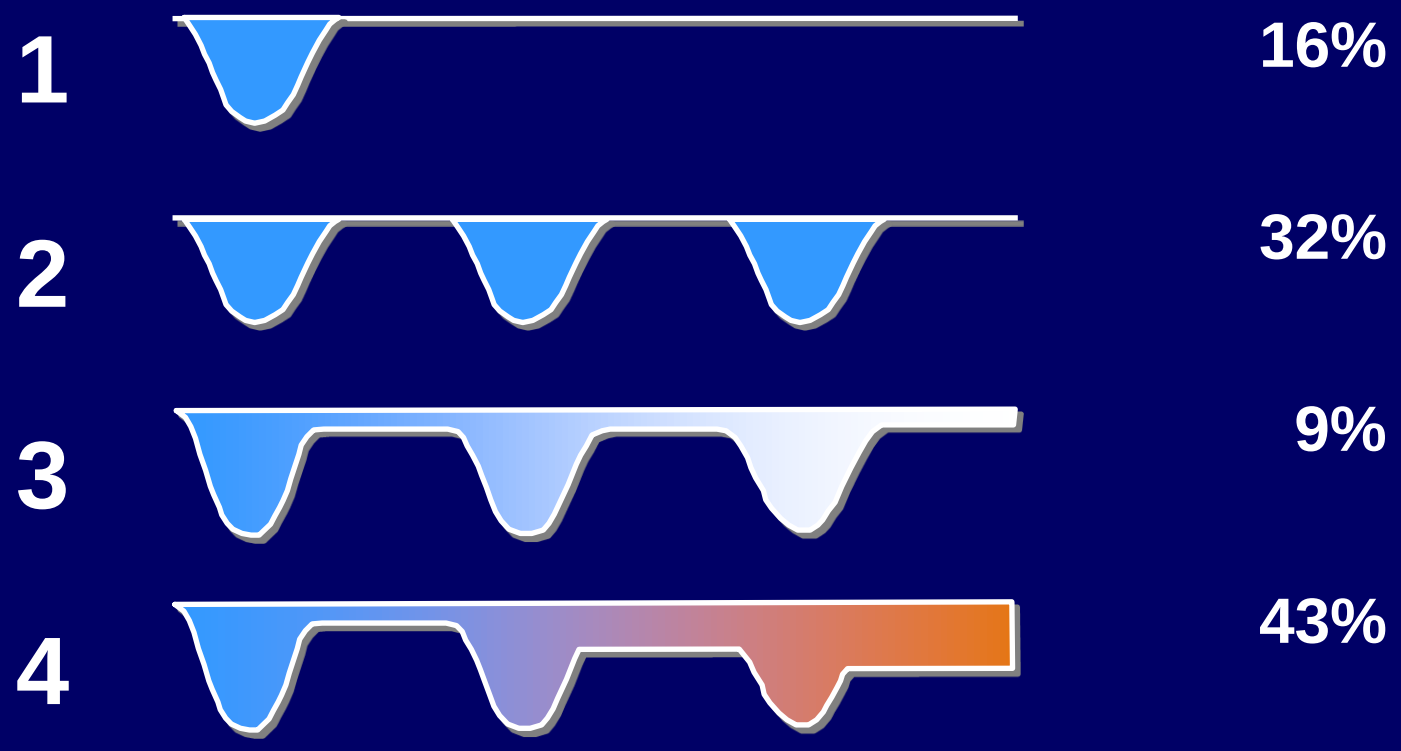
	CLZ	RISP	OLZ	QTP	ZIP	ARI	PAP	HAL	ASE
SEP	0	2+	1+	0	1+	1+	2+	3+	1+
PRL	0	3+	1+	0	1+	0	3+	3+	1+
GP	3+	2+	3+	2+	0	0	2+	1+	2+
LIP	3+	2+	3+	2+	0	0	2+	0	1+
GLI	3+	2+	3+	2+	0	0	2+	0	1+
QT_C	1+	1+	0-1+		2+	0	1+	0	1+
ACH	3+	0	2+	1+	0	0	0	0	0
SED	3+	1+	2+	2+	1+	1+	1+	1-2+	2+
ENZ HEP	2+	1+	2+	1+	1+	0	1+	0	1+
HIP	3+	1+	1-2+	2+	1+	1+	1+	0	1+
CONV	2+	0	0-1+	0-1+	0-1+	0-1+	0	0	0-1+

Progressão da Doença



Adaptado de Lieberman et al. J Clin Psychiatry 1996 e Assis, Villares, Bressan, 2008

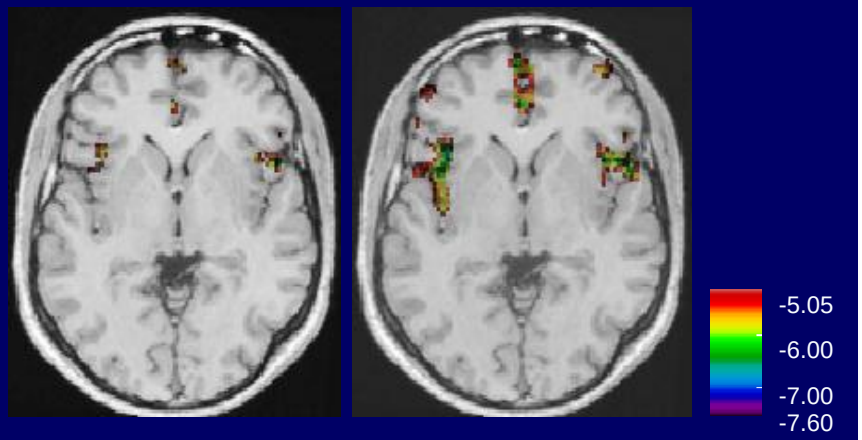
Curso clínico em 5 anos

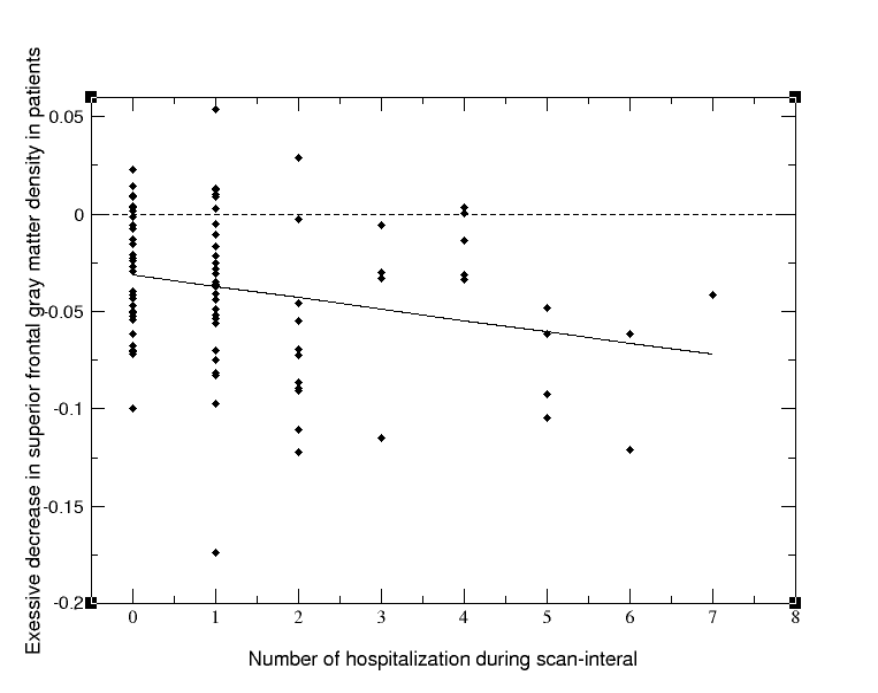


Watt et al., Psychol Med 1983

Perda de substância cinzenta e número de hospitalizações

Baseline ~ 5 anos

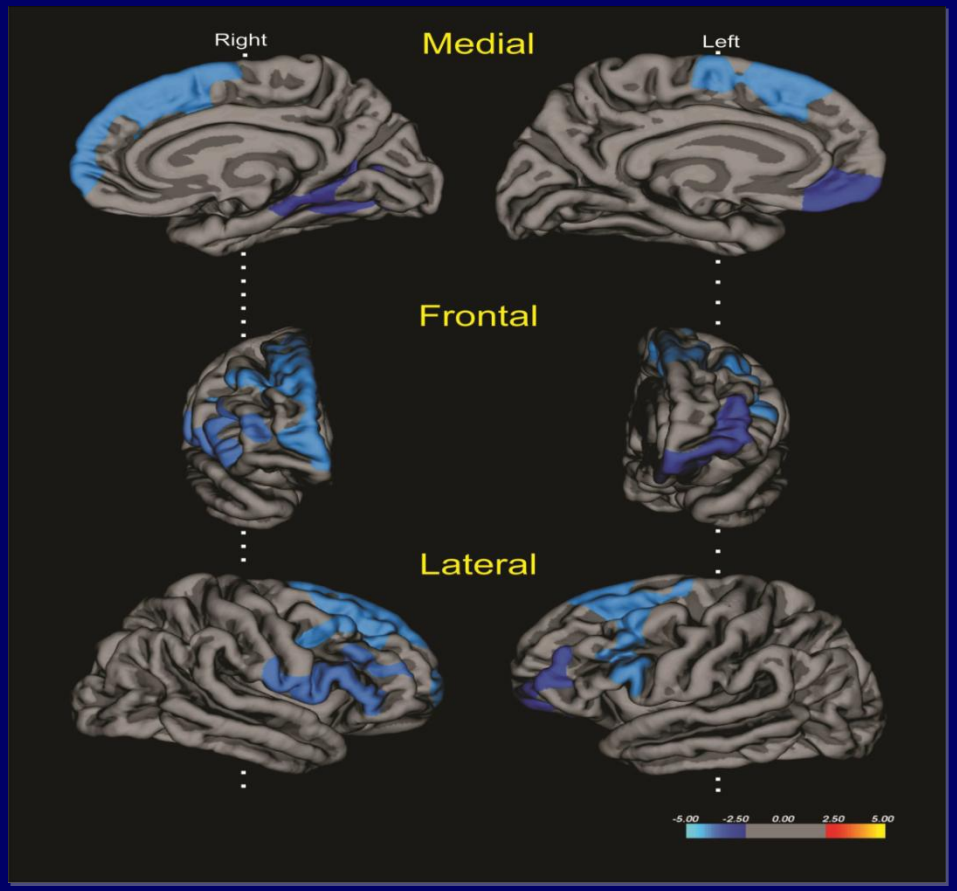




Neuroprogressão: duração da doença

- Correlação significante com perda de espessura cortical em regiões frontotemporais
- Sem correlação com idade de início

N=118	***Range***	***mean (SD)***
Age at onset	14-41	22.56 (6.7)
Duration of illness	1-39	14.02 (8.5)

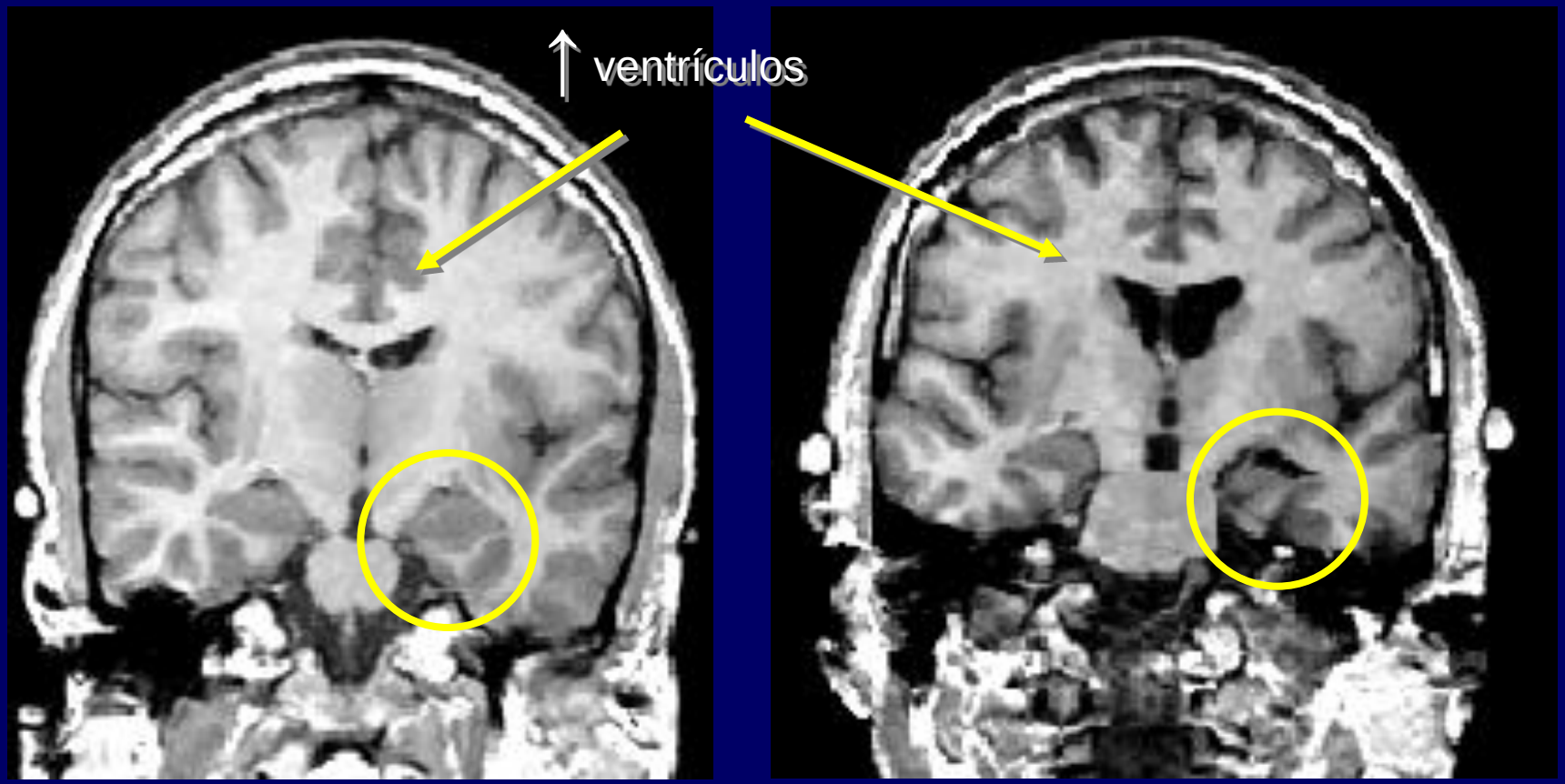


Assunção et al.., CNS Spectrum in press

Neurodegeneração

Controle

Portador de Esquizofrenia



↓ hipocampo

Wright et al., Am J Psychiatry 2000

“Período crítico”

- Estágio inicial da doença (2-5 anos)
- Rápida deterioração sintomática e psicossocial
- Estabilização após este período

Tratamento

Objetivos:

- Controlar os sintomas
- Maximizar a qualidade de vida e o funcionamento adaptativo
- Promover a recuperação dos efeitos debilitantes da doença

American Psychiatric Association (APA), 2004

Desafios do Tratamento

- Aliança terapêutica
- Intervenção precoce
- Remissão de Sintomas
- Tratamento a Longo Prazo
- Recuperação

Bressan, Rev Bras Psiquiatr 2000; Lacaz & Bressan, CNS 2005

Acompanhamento a longo prazo

- Doença crônica – frustração
- 1º momento – crise
- Internação
- Tratamento ambulatorial

  - Medicamento é fundamental
  - Fortalecer o vínculo
  - Artigos de neuroimagem
  - Saídas com o paciente
  - Antipsicótico de depósito

Tratamento em equipe multiprofissional

- Avaliação Neuropsicológica
- TCC- TO – AT – GO
- Orientação de família
- Institucional – PROESQ
- CAPS
- Hospitais especializados

Inclusão

- Grupos de auto ajuda
- Desenvolvimento de habilidades
- Reabilitação para o trabalho
- Defesa dos direitos

A tendência é acompanhamento por períodos longos em que ficamos como referência para a compra de um carro, pequenos negócios, indicação de médicos, tratamento de gripes esclarecimentos de ciclos menstruais, brigas com a mãe, momentos de desalento e momentos de crises.

Um paciente, que comparecia regularmente ao consultório, sem nenhuma razão, não quis mais vir à consulta. Sua mãe telefonou-me, comunicando o fato.

Habilidoso, estava sendo incentivado a desenhar e vinha trazendo inúmeros desenhos de boa feitura. Sua mãe disse-me que ele havia rasgado todos os desenhos, tirado a porta do armário embutido e não saia do quarto. No horário de sua consulta, fui à casa dele. Dormia num colchão sem lençol, papéis e desenhos rasgados por todo o chão, roupas amassadas, a porta do armário desmontada, no chão, junto com o cobertor e as roupas de cama.

Pedi que me mostrasse os últimos desenhos. De joelhos, no chão, fomos separando os desenhos rasgados, pela semelhança das cores e traços. Fomos colocando os vários pedaços agrupados em envelopes separados. O chão do quarto aos poucos foi aparecendo, as pontas dos cigarros jogadas no lixo, o cobertor dobrado, a roupa de cama colocada. Os desenhos, todos estavam em pedaços, mas agora agrupados, colocados em envelopes que os individualizavam.

O paciente veio à consulta seguinte, trazendo os envelopes e reconstruiu os desenhos, mostrando os pedaços sobre a mesa do consultório. A mãe informou-me que, depois, ele recolocou a porta do armário embutido e voltou a tomar banho.

"PALHAÇOS, GAVETAS, ARCOS E FLORES"

O compromisso do acompanhamento do paciente com esquizofrenia envolve o compromisso da luta contra o sofrimento. Dizer que o paciente é inafetivo, embotado, ambivalente, tem sintomas negativos é o ponto de chegada. É o ponto de partida de uma longa convivência em que a frustração da não melhora deve ser suportada a cada instante. Quando o paciente entra na faculdade e parece que vai nos gratificar, ele a abandona porque não gostou. Trabalha 11 meses e abandona o emprego um mês antes de merecer férias. Suspende os remédios e entra em crise, quando parecia que não mais iria interromper o tratamento. É o próprio compromisso da medicina. Curar, se possível, em último caso ajudar a aliviar o sofrimento

OBRIGADO!

Itiro Shirakawa

Homenagem ao nosso mestre

08/12/2009