

11 PREVALÊNCIA DE PERFIS LIPÍDICO E GLICÉMICO ALTERADOS EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

| Maria Sousa¹; Anabela Moreira²; Pedro Monteiro³; Rosário Curral⁴; António Marques⁵ |

RESUMO

CONTEXTO: Os pacientes com esquizofrenia (SCZ) apresentam anomalias importantes no metabolismo lipídico e da glicose, que podem ser induzidas pela terapia antipsicótica (AP) e pelo estilo de vida associado. O risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e síndrome metabólica está aumentado nestes pacientes, que apresentam taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares duas vezes mais elevada do que a população geral.

OBJETIVO: Analisar a prevalência de alterações nos perfis lipídicos e glicémicos e a terapêutica AP numa amostra de pacientes SCZ.

METODOLOGIA: Realizou-se um estudo retrospectivo aos registos de perfis lipídico e glicémico e da terapia AP de pacientes SCZ de uma unidade de dia de cuidados de saúde mental, de 2009 a 2011. Selecionámos para estudo individualizado os casos que cumpriram os seguintes critérios: presença de fatores de risco cardiovascular, hiperglicemia ou fatores indicadores de síndrome metabólica.

RESULTADOS: A amostra foi constituída por 51 pacientes SCZ, dos quais registámos 5 casos com fatores de risco cardiovascular, 6 com hiperglicemia indicadora de diabetes e 7 com fatores laboratoriais indicadores de síndrome metabólica. Para estes casos, analisámos o agente antipsicótico prescrito.

CONCLUSÕES: Os dados mostram a necessidade de monitorização dos efeitos secundários metabólicos da terapia AP e do estabelecimento de medidas corretivas (alimentares, estilo de vida e terapêuticas).

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia; Antipsicóticos; Hiperglicemia; Hiperlipidemias

RESUMEN

“Prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico y glucémico en pacientes con esquizofrenia”

CONTEXTO: Los pacientes con esquizofrenia (SCZ) muestran alteraciones significativas en el metabolismo de los lípidos y la glucosa, que pueden ser inducidas por el tratamiento antipsicótico (AP) y el estilo de vida asociado. El riesgo de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico se aumenta en estos pacientes, que muestra la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular dos veces más alto que la población general.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico y glucémico y la terapia AP en una muestra de pacientes SCZ.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los registros de perfiles de lípidos y la glucemia y la terapia AP, de los pacientes SCZ una unidad de día para la atención de salud mental, 2009-2011. Se seleccionaron para el estudio individual los casos que cumplieron con los siguientes criterios: presencia de factores de riesgo cardiovasculares, hiperglucemia e indicador de los factores de síndrome metabólico.

RESULTADOS: La muestra estuvo constituida por 51 pacientes SCZ, de los cuales grabamos 5 casos con factores de riesgo cardiovascular, 6 con hiperglucemia indicadora de diabetes y 7 con los factores de laboratorio indicadores del síndrome metabólico. Para estos casos, se analizó el agente antipsicótico.

CONCLUSIONES: Los datos muestran la necesidad de una vigilancia de los efectos secundarios metabólicos de la terapia AP y del establecimiento de medidas correctivas, alimentación, estilo de vida y terapéutica.

DESCRIPTORES: Esquizofrenia; Antipsicóticos; Hiperglucemia; Hiperlipidemias

ABSTRACT

“Prevalence of lipid and glycemic profile altered in patient with schizophrenia”

CONTEXT: Patients with schizophrenia (SCZ) show significant abnormalities in lipid and glucose metabolism, which may be induced by antipsychotic (AP) therapy and the associated lifestyle. Risks of cardiovascular diseases, diabetes mellitus and metabolic syndrome are increased in these patients, who present mortality rate from cardiovascular disease a 2 fold higher than general population.

AIM: To analyze the prevalence of alterations in lipid and glycemic profiles and AP therapy in a sample of SCZ patients.

METHODS: We conducted a retrospective study on the records of lipid and glycemic profiles and AP therapy of SCZ patients from a mental health care unit, from 2009 to 2011. We selected for detailed study the cases that fulfilled the following criteria: presence of three cardiovascular risk factors, hyperglycemia and presence of three metabolic syndrome factors indicator.

RESULTS: The sample consisted of 51 SCZ patients, of which we recorded 5 cases with cardiovascular risk factors, 6 with hyperglycemia indicating diabetes, 7 with laboratory factors indicators of metabolic syndrome. For these cases, we examined the antipsychotic agent.

CONCLUSIONS: Data show the need for monitoring of metabolic side effects of AP therapy and the establishment of corrective measures, diet, lifestyle and therapeutic.

KEYWORDS: Schizophrenia; Antipsychotic agents; Hyperglycemia; Hiperlipidemias

Submetido em 30-11-2013 – Aceite em 30-01-2014

1 Professora Adjunta na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto: Área Científica de Análises Clínicas e Saúde Pública, CISA – Centro de Investigação em Saúde e Ambiente, LabRP – Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP-UP/ESTSP-IPP, Vila Nova de Gaia, Portugal, mas@estsp.ipp.pt

2 Assistente no Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto: Área Científica de Análises Clínicas e Saúde Pública, adm@estsp.ipp.pt

3 Professor Adjunto no IPP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto: Área de Ciências Funcionais, LabRP da FPCEUP-UP/ESTSP-IPP, pmonteiro@estsp.ipp.pt

4 Assist. Hospitalar no Centro Hospitalar de São João – Psiquiatria e Saúde Mental; Docente na Universidade do Porto – Medicina: Neurociências, rosario.curral@hotmail.com

5 Prof. Adj. no IPP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto: Área Científica de Terapia Ocupacional, LabRP da FPCEUP-UP/ESTSP-IPP, ajmarques@estsp.ipp.pt

Citação: Sousa, M.; Moreira, A.; Monteiro, P.; Curral, R.; Marques, A. (2014). Prevalência de perfis lipídico e glicémico alterados em pacientes com esquizofrenia. Revista Especial da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1), 65-70.

INTRODUÇÃO

A SCZ é um transtorno complexo e multifatorial que se caracteriza por sintomas designados como positivos (delírios e alucinações), negativos (apatia e embotamento afetivo), cognitivos (défices na atenção e memória trabalho) e afetivos (ansiedade e depressão). A SCZ tem elevada prevalência, cerca de 1% da população mundial, distribuindo-se por todo o mundo de modo semelhante (Freedman R, 2003).

Atualmente, a intervenção terapêutica na SCZ focaliza-se desde a minimização dos sintomas à reabilitação do paciente. O controlo da sintomatologia positiva faz-se mediante a administração de fármacos antipsicóticos (AP). São vários os fatores que poderão entrar na análise da efetividade dos AP, para além da ação sobre a sintomatologia da SCZ, como a adesão à terapêutica e efeitos colaterais. Os efeitos colaterais descritos para os AP são extrapiramidais (Thomas, 2007), síndrome maligno dos neurolépticos, taquicardia, disfunção sexual, aumentos de níveis de prolactina, de peso, dislipidemias, diabetes, discrasias hematológicas, entre outros (Davis, 2006). Estes efeitos estão muitas vezes relacionados com a afinidade que cada fármaco tem para os diversos neuroreceptores, por exemplo, os AP de primeira geração, com maior afinidade para os recetores dopaminérgicos (D2), estão mais associados a efeitos extrapiramidais e hiperprolactinémia. Já os de segunda geração, com mais afinidade para recetores 5-HT_{2A}, têm sido associados a aumento ponderal e alterações do metabolismo da glicose e perfil lipídico (Haddad & Sharma, 2007).

Os pacientes com SCZ apresentam elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular (FRCV) (Ferreira, Belo, & Abreu-Lima, 2010), e têm duas vezes maior mortalidade por doença cardiovascular que a população geral (Vargas & Santos, 2011). A observação da prevalência de múltiplos FRCV conduziu à recomendação do controlo do perfil lipídico anualmente nestes pacientes quando o fármaco prescrito é de baixo risco, e de 3 em 3 meses quando é de elevado risco (Davis, Chen, & Glick, 2003). Se a dislipidemia persistir, pode ser administrada terapêutica para baixar os níveis ou alterar a prescrição de AP para outro com menor risco de alteração do perfil lipídico (Meyer, 2007). No entanto, na SCZ os AP são apenas um dos fatores a considerar quando se analisa o excesso de peso, dislipidemia ou alterações do metabolismo da glicose, já que existem fatores inerentes à própria doença que contribuem para a não adoção de estilos de vida saudável e assim com maior probabilidade de DCV (Van Dorn et al., 2013).

O presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência de alterações nos perfis lipídicos e glicémicos e a terapêutica AP numa amostra de pacientes SCZ.

METODOLOGIA

Realizámos um estudo descritivo retrospectivo na população de pacientes com patologia de SCZ do Hospital de Dia (HD) do serviço de Psiquiatria do Hospital São João (HSJ). A amostra foi constituída pelos registos de pacientes com diagnóstico de SCZ de acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (APA, 2010), do referido serviço, nos anos de 2011, 2010 e 2009. Foram incluídos os pacientes com o mínimo de 3 anos de diagnóstico, idades entre os 18 e os 65 anos e registo da terapia AP e de análises laboratoriais bioquímicas no período temporal em estudo. Após o consentimento da Comissão de Ética do HSJ, foram consultadas as bases de dados dos participantes, para aceder aos registos dos 5 anos anteriores ao início do estudo (2011) e recolher dados quanto a: (i) Caracterização clínica e sociodemográfica: idade; sexo; estado civil; escolaridade; idade de diagnóstico SCZ; história familiar de doenças, incluindo do foro psicológico (DFP); (ii) Estilo de vida: hábitos tabágicos; consumo de álcool; consumo de drogas de abuso; atividade física; (iii) Avaliação antropométrica: peso; altura; índice de massa corporal (IMC) e perímetro abdominal; (iv) Pressão arterial: sistólica (PAS) e diastólica (PAD); (v) Terapêutica farmacológica antipsicótica: fármaco; dose e período de administração; (vi) Parâmetros bioquímicos séricos: colesterol total; colesterol das LDL (Lipoproteínas de Baixa Densidade, do inglês: Low Density Lipoprotein); colesterol das HDL (Lipoproteínas de Alta Densidade, do inglês: High Density Lipoprotein); triglicerídeos e glicose. Realizámos uma avaliação longitudinal e comparativa dos registos individuais de terapia AP para o(s) período(s) temporal(ais) com alteração dos parâmetros analíticos para os pacientes que cumpriam pelo menos um dos seguintes critérios: (i) presença concomitante de pelo menos três FRCV (De Hert, Dekker, Wood, Kahl, Holt, & Moller, 2009), (ii) hiperglicemia indicadora de Diabetes Mellitus (DGS, 2011), (iii) presença concomitante de pelo menos três fatores indicadores de síndrome metabólica (Usher, Foster, & Park, 2006). Realizou-se a análise descritiva das variáveis utilizando o software SPSS® versão 17.0.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica e clínica

A amostra foi constituída pelos registos de 51 indivíduos com SCZ, maioritariamente do sexo masculino (n=42, 82,4%), com idade média de 39,3±9,2 anos, com as características sociodemográficas e clínicas apresentadas na Tabela 1. A idade média de diagnóstico foi nos homens 24,1±8,5 anos e, nas mulheres, 26,6±8,5 anos.

TABELA 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

	Variáveis	Frequência n (%)
Sexo n=51	Feminino	9 (17,6)
	Masculino	42 (82,4)
Grupo etário (anos) n=51	20 aos 29	9 (17,6)
	30 aos 39	16 (31,4)
	40 aos 49	21 (41,2)
	50 aos 59	4 (7,8)
	≥ 60	1 (2,0)
Estado Civil n=50	Solteiro	36 (72,0)
	Casado/união de Facto	8 (16,0)
	Divorciado	6 (12,0)
Escolaridade n=41	Até ao 9ºano	23 (56,1)
	10º a 12ºano	13 (31,7)
	Ensino superior	5 (12,2)
História familiar de DFP n=26	Sem histórico	12 (46,1)
	Com histórico	14 (53,9)
	1º grau	10 (38,4)
	2º grau	4 (15,4)
História familiar n=13	Diabetes Mellitus	5 (38,4)
	Hipertensão arterial	5 (38,4)
	Doença cardiovascular	5 (38,4)
	Alcoolismo	3 (23,1)
Hábitos tabágicos n=42	Não fumador	17 (40,5)
	Fumador	25 (59,5)
	<10 cig/dia	1 (2,4)
	10 a 20 cig/dia	3 (7,1)
>20 cig/dia	21 (50,0)	
Consumo de álcool n=44	Não consumidor	34 (77,3)
	Consumidor	10 (22,7)
	Esporádico	7 (15,9)
	Destilado	3 (6,8)
Histórico consumo de drogas de abuso n=28	Sem histórico	11 (39,3)
	Com histórico	17 (60,7)
	Cannabis	13 (46,4)
	Cocaína	5 (17,8)
	Heroína	4 (14,3)
Morfina	2 (7,1)	
Atividade física n=24	Hábitos sedentários	16 (66,7)
	Ativo	8 (33,3)

Nos consumidores de álcool registámos antecedentes pessoais, bem como história familiar de alcoolismo (n=3). Na atualidade, a maioria (n=40, 89,0%) não consome drogas de abuso, mas no registo histórico (n=28) cerca de 60,7% (n=17) referem ter consumido na juventude. Não obtivemos registos relativamente à avaliação antropométrica e pressão arterial.

Em relação aos fármacos mais frequentemente prescritos, estes foram haloperidol e risperidona, em doses dentro do intervalo recomendado (Infarmed, 2013).

Perfil lipídico e glicémico

Os resultados dos parâmetros analíticos colesterol total, LDL e HDL, triglicerídeos e glicemia registados para os pacientes estão sistematizados na Tabela 2.

TABELA 2 - Resultados parâmetros bioquímicos

Variável (unidades)	n	Média ± Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Colesterol total (mg/dL)	46	189,5±49,66	44	362
Colesterol LDL (mg/dL)	37	119,3±40,08	14	251
Colesterol HDL (mg/dL)	43	44,7±14,62	24	121
Triglicerídeos (mg/dL)	45	140,1±70,62	57	589
Glicose (mg/dL)	51	91,9±20,00	24	568

Do total da amostra 35 (68,6%, 27 homens e 8 mulheres) pacientes SCZ apresentavam pelo menos um fator indicador de síndrome metabólica. A presença concomitante de dois destes fatores foi encontrada em 30 (58,8%, 24 homens e 6 mulheres) pacientes SCZ.

Análise individualizada de casos

A aplicação dos critérios resultou na seleção de 10 casos para análise individualizada (Tabela 3). Destes pacientes, seis apresentam valores de glicemia indicadores de diabetes mellitus e cinco apresentam FRCV (hiperglicemia, hipercolesterolemia e colesterol LDL elevado). Registámos sete pacientes SCZ (13,7%) com presença concomitante de três fatores de indicadores de síndrome metabólica, todos com alteração dos valores de colesterol HDL, triglicerídeos e glicemia.

Tabela 3

Caraterísticas clínicas e sociodemográficas, resultados dos parâmetros analíticos e presença de fatores indicadores de risco cardiovascular, diabetes Mellitus e síndrome metabólica dos casos selecionados para análise individualizada

Paciente	Características clínicas e sociodemográficas				Resultados Parâmetros analíticos (Média [mínimo - máximo])				Fatores indicadores			
	Sexo, Idade (anos)	História familiar de DFP	Hábitos tabágicos (nº cigarros/dia)	Consumo de álcool (A) e drogas de abuso (DA)	Colesterol Total	Colesterol LDL	Colesterol HDL	Triglicerídeos	Glicose	Risco Cardiovascular*	Diabetes Mellitus†	Síndrome Metabólica**
1	M 25	Não	Não	Não	163 [145-192]	107 [98-133]	34 [27-41]	147 [63-254]	88 [66-131]	Sim	Sim	Sim
2	M 30	Não	>20	Não	255 [181-362]	147 [76-126]	40 [37-60]	200 [28-419]	85 [60-127]	Sim	Sim	Sim
3	M 37	Não	>20	DA	187 [147-305]	130 [95-218]	30 [25-33]	145 [108-175]	103 [73-141]	Sim	Sim	Sim
4	M 37	Sim	SD	Não	178 [126-305]	132 [132-132]	28 [28-28]	200 [115-589]	90 [73-117]	Não	Não	Sim
5	M 46	SD	SD	SD	159 [159-159]	116 [116-116]	31 [31-31]	98 [98-98]	214 [76-568]	Não	Sim	Não
6	M 47	Sim	SD	SD	250 [233-275]	174 [160-192]	40 [38-44]	317 [220-407]	103 [94-113]	Não	Não	Sim
7	M 40	SD	SD	SD	169 [154-196]	98 [84-115]	48 [37-63]	199 [135-278]	84 [47-118]	Não	Não	Sim
8	F 43	SD	Não	DA	227 [191-270]	129 [111-146]	72 [49-95]	160 [156-164]	92 [76-105]	Não	Não	Sim
9	F 51	SD	10 - 20	Não	278 [247-317]	174 [133-194]	74 [59-121]	222 [73-560]	103 [45-160]	Sim	Sim	Não
10	F 54	SD	10 - 20	DA	219 [181-252]	165 [165-165]	57 [57-57]	200 [28-419]	85 [60-127]	Sim	Sim	Não

Legenda: M - masculino; F - feminino; S - solteiro; C - casado; E1: até 9ºano; E2: 10º ao 12º ano; E3: ensino superior; † FRCV: glicose≥126 mg/dL, colesterol total ≥175 mg/dL, colesterol LDL≥100mg/dL, pressão arterial >130/80mmHg; ou glicose≥100 mg/dL, colesterol total ≥190mg/dL, colesterol LDL≥115mg/dL, pressão arterial >140/90mmHg (De Hert, Dekker, Wood, Kahl, Holt, & Moller, 2009); ‡ Hiperglicemia indicadora de Diabetes Mellitus: glicose≥126 mg/dL (DGS, 2011) † Fatores indicadores de síndrome metabólica: perímetro abdominal >88cm (mulheres) ou >102cm (homens), pressão arterial ≥130/≥ 85mmHg, triglicerídeos ≥150mg/dL, colesterol HDL <50mg/dL (mulheres) ou <40mg/dL (homens), glicose ≥100 mg/dL (Usher et al., 2006).

Em relação à análise longitudinal aos dados do Paciente 1 a variação dos valores de colesterol HDL evidência valores sempre inferiores ao intervalo de referência (IR). É observado um período de hiperglicemia pré-diabetes após a introdução cumulativa de terapia com risperidona ao haloperidol. Há normalização da glicose quando a prescrição passa a apenas haloperidol. Quanto ao Paciente 2, com história familiar de alcoolismo, observam-se valores de colesterol total e triglicéridos sempre superiores aos IRs. No colesterol LDL registaram-se valores superiores ao IR, seguindo-se a sua normalização com passagem de AP de risperidona para haloperidol. Os valores de colesterol HDL encontram-se sempre dentro do IR. O Paciente 3 apresentou valores de colesterol HDL sempre inferiores ao IR. A glicemia mantém-se dentro da normalidade, verificando-se um aumento para valores indicativos de diabetes (valor médio de 124,3 mg/dL) com a introdução de olanzapina em adição ao haloperidol. Já os valores de colesterol total e LDL mantiveram-se dentro dos IRs até ao momento em que se verificou aumento para valores superiores ao IR. A terapia de AP foi alterada 6 meses antes, com a introdução da clozapina em adição ao haloperidol. O Paciente 4, tem sempre valores de colesterol HDL e triglicéridos fora do IR. Quanto à terapia AP, registou-se a administração de haloperidol conjugado com levomepromazina ou olanzapina, tendo estes 2 últimos fármacos sido suspensos a meio do período temporal em questão. Em relação ao Paciente 5, os valores de colesterol HDL baixos e de glicemia pré-diabetes foram observados após o início da administração de haloperidol. No Paciente 6 os valores de colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos e glicose evidenciaram valores sempre fora dos respetivos IR. Para este período temporal, a terapia AP administrada foi risperidona. No Paciente 7 observou-se uma alteração de valores normais dos parâmetros colesterol total, HDL e triglicéridos para fora dos respetivos IR. Neste período existe registo de administração risperidona e levomepromazina. No Paciente 8 registaram-se valores superiores aos IR para os parâmetros colesterol total e triglicéridos, e dentro dos IR para colesterol LDL e HDL. Quanto à glicose sérica, registou-se apenas um valor ligeiramente superior ao limite máximo do IR. A terapia AP administrada foi inicialmente haloperidol, seguidamente acrescido de quetiapina e posteriormente de risperidona.

No Paciente 9, observou-se valores de colesterol total sempre superiores ao IR, com valor mínimo de 247 mg/dL e máximo de 317 mg/dL e um aumento da glicose para valores de hiperglicemia pré-diabética. Observou-se esta situação após a introdução de haloperidol e quetiapina.

Por fim, o Paciente 10 apresentou alterações a nível do todo o perfil lipídico em estudo. Realizava terapia com haloperidol e clozapina.

De entre estes casos, em relação ao estado civil, 8 são solteiros e 2 casados; na escolaridade, 6 têm escolaridade igual ou inferior ao 12º ano e 4 sem dados. Quanto à história familiar de outras doenças, apenas há registo para o Paciente 2 (alcoolismo).

DISCUSSÃO

A maioria da amostra é do sexo masculino o que não é congruente com dados nacionais, em que a patologia atinge de igual modo ambos os sexos (Rabasquinho e Pereira, 2007). Este desequilíbrio na distribuição poderá ser explicado por um possível viés de Berkenson e limita a interpretação dos resultados quando analisado na perspetiva desta variável.

O predomínio do estado civil solteiro na amostra também é descrito em outros estudos internacionais (86,7%) (Faulkner, Cohn, Remington, & Irving, 2007). Esta constatação é compatível com debilitação observada em muitas vertentes relacionais, limitando a capacidade de estabelecer relações sociais de amizade ou outras (APA, 2010). Comparando os resultados da escolaridade com o de outros estudos, verificámos maior frequência de pacientes SCZ com nível de escolaridade elevado (Ferreira et al., 2010). Quanto ao sexo masculino e a idade de diagnóstico verifica-se, como em outros estudos, que idade média de diagnóstico é inferior a 25 anos (De Hert, Dekker, Wood, Kahl, Holt, & Moeller, 2009). Quanto à história de doença familiar, os casos de SCZ distribuem-se de igual modo pelos grupos com e sem história de DFP, o que não vai de encontro ao predomínio da mesma nos familiares de 1º e 2º grau descrito na literatura. (Myles-Worsley, Tiobech, Blailles, Yano, & Faraone, 2007).

De entre as variáveis de estilo de vida, a amostra tem registo de hábitos sedentários (67%), a maioria (59,5%) são fumadores, o que está de acordo com outros estudos (57,8%) (Chaves & Shirakawa, 2008). Apesar de a maioria (77,3%) não apresentar hábito de consumo de álcool, foram identificados 3 casos com registos de consumo de álcool com antecedentes pessoais de alcoolismo, assim como história familiar. Estes casos apresentam prognóstico grave de evolução no tempo. Quanto ao consumo de drogas de abuso, apesar de na atualidade a maioria não as consumir, mais de metade dos pacientes estudados (60,7%) refere ter consumido tóxicos na juventude, com a cannabis a ser a mais frequente.

Estes dados são coerentes com descrito em outros estudos que apontam o consumo de tóxicos na juventude para um conjunto elevado de casos com SCZ (Sevy et al., 2010). Para estas variáveis, observou-se a ausência marcada de dados ao longo do período em estudo. O estilo de vida nestes pacientes resulta em parte das terapêuticas farmacológicas e ocupacionais, e do maior ou menor controlo que estes pacientes têm. Assim, pensamos que o registo e a integração destes dados deverão ser significativamente melhorados.

Quanto aos parâmetros bioquímicos, foi possível obter uma quantidade apreciável de informação cuja diversidade dificulta a análise.

A sistematização desta informação, na tabela 2, parece-nos poder dar uma visão abrangente sobre estes dados na amostra. Assim, em 10 de 51 doentes verificam-se alterações metabólicas indicadoras de síndrome metabólica (n=7, 13,7%), risco cardiovascular (n=5) ou de diabetes mellitus (n=6). Estudos transversais apontam que a prevalência de síndrome metabólica nos pacientes SCZ é superior à registada na população geral, variando entre 30,4% e 37% (Vargas & Santos, 2011), especialmente nos que fazem terapia AP de 2ª geração (Usher et al., 2006).

Na nossa amostra, registámos 13,7% pacientes com alteração dos valores de colesterol HDL, triglicérides e glicemia, fatores de indicadores de síndrome metabólica. A ausência de registo de dados relativos à pressão arterial e perímetro abdominal, parâmetros determinantes no diagnóstico desta síndrome, impossibilita a sua classificação. Contudo, a presença concomitante destes três fatores em pacientes SCZ com síndrome metabólica é indicadora de necessidade de intervenção clínica imediata (Usher et al., 2006).

Existe evidência de associação entre o uso de antipsicóticos de 2ª geração e o aumento da prevalência da obesidade e diabetes nos pacientes SCZ, em relação à população geral (American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists and North American Association for the Study of Obesity, 2004).

A literatura define como fatores de prognóstico negativos na sobrevida destes pacientes a elevação do colesterol LDL e diminuição do HDL, que quando associados a outros fatores (ex. estilos de vida não saudáveis) obrigam a follow-up analítico mais apertado. Os nossos dados claramente indicam a necessidade de um acompanhamento neste âmbito e de estabelecimento de medidas corretivas (alimentares, estilo de vida e medicamentosa).

CONCLUSÕES

Apesar da adoção de terapêutica farmacológica com AP ter permitido desinstitucionalizar estes pacientes na tentativa de os integrar na sociedade, estes não melhoram sintomas da patologia, como o comprometimento cognitivo e o embotamento afectivo. Acresce, ainda, a elevada frequência dos FRCV nestes pacientes, que releva a importância da ação de equipas multidisciplinares que implementem e acompanhem intervenções psicossociais e comportamentais que permitam a adoção sustentável de estilos de vida mais saudáveis. Com o presente estudo foi observada a necessidade de estabelecer protocolos de follow-up dos pacientes com maior risco cardiovascular. Pode-se concluir que é fundamental para garantir um acompanhamento efetivo destes pacientes bem como o sucesso da investigação a existência de diretrizes terapêuticas e de registos padronizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Acedido em: <http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.asp>

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists and North American Association for the Study of Obesity (2004). Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 596-601.

Chaves, L. & Shirakawa, I. (2008). Nicotine use in patients with schizophrenia evaluated by the Fagerström Tolerance Questionnaire: a descriptive analysis from a Brazilian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 350-352.

Davis, J. M. (2006). The choice of drugs for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 354(5), 518-520.

Davis, J. M., Chen, N., & Glick, I. D. (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 553-564.

De Hert, M., Dekker, J. M., Wood, D., Kahl, K. G., Holt, R. I. G., & Moeller, H. J. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *European Psychiatry*, 24(6), 412-424. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.005

Direção-Geral da Saúde. (2011). Diagnóstico e classificação da diabetes Mellitus.

Faulkner, G., Cohn, T., Remington, G., & Irving, H. (2007). Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 174-178. doi: S0920-9964(06)00451-8 [pii]10.1016/j.schres.2006.10.009

Ferreira, L., Belo, A., & Abreu-Lima, C. (2010). A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(10), 1481-1493.

Freedman R. (2003). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1738-1749.

Haddad, P. M. & Sharma, S. G. (2007). Adverse effects of atypical antipsychotics: differential risk and clinical implications. *CNS Drugs*, 21(11), 911-936. doi: 21114 [pii] Infarmed (2013). *Prontuário Terapêutico*. (2.Sistema Nervoso Central / 2.9. Psicofármacos / 2.9.2. Antipsicóticos / Haloperidol).

Meyer, J. (2007). Drug-drug interactions with antipsychotics. *CNS Spectrums*, 12(12 Suppl 21), 6-9.

Myles-Worsley, M., Tiobech, J., Blailles, F., Yano, V. M., & Faraone, S. V. (2007). Recurrence risk to offspring in extended multiplex schizophrenia pedigrees from a Pacific Island isolate. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144B(1), 41-44. doi: 10.1002/ajmg.b.30384

Rabasquinho, C. e Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 25, 439-454.

Sevy, S., Robinson, D., Napolitano, B., Patel, R., Gunduz-Bruce, H., Miller, R., . . . Kane, J. (2010). Are cannabis use disorders associated with an earlier age at onset of psychosis? A study in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 120, 101-107.

Thomas, P. (2007). The stable patient with schizophrenia--from antipsychotic effectiveness to adherence. *European Neuropsychopharmacology*, 17(Suppl 2), S115-122. doi: S0924-977X(07)00022-3 [pii]10.1016/j.euroneuro.2007.02.003

Usher, K., Foster, K., & Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 730-734. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01026

Van Dorn, R. A., Desmarais, S. L., Tueller, S. J., Jolley, J. M., Johnson, K. L., & Swartz, M. S. (2013). Drug and alcohol trajectories among adults with schizophrenia: Data from the CATIE study. *Schizophrenia Research*, 148(1-3), 126-129. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.006

Vargas, T. d. S. & Santos, Z. E. d. A. (2011). Prevalência de síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia. *Scientia Medica*, 21(1), 4.

