

ELETROCONVULSOTERAPIA PARA O TRATAMENTO DE DEPRESSÃO PSICÓTICA REFRATÁRIA EM PACIENTE COM DESNUTRIÇÃO GRAVE: ESTAMOS ESQUECENDO A ECT?

ELECTROCONVULSIVE THERAPY FOR THE TREATMENT OF REFRACTORY PSYCHOTIC DEPRESSION IN A PATIENT WITH SEVERE MALNUTRITION: ARE WE FORGETTING ECT?

Resumo

Transtornos depressivos são um importante problema de saúde pública. Este artigo relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 35 anos, internada por quadro depressivo grave com sintomas psicóticos refratários a tratamento medicamentoso. Ao longo de 3 anos de acompanhamento psiquiátrico, a eletroconvulsoterapia (ECT) nunca havia sido oferecida como opção de tratamento. A paciente foi tratada com ECT e apresentou melhora significativa dos sintomas psiquiátricos e físicos, e atualmente leva uma vida normal. São discutidas as indicações e limitações do uso de ECT.

Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia, depressão grave, sintomas psicóticos, desnutrição.

Abstract

Depressive disorders are an important public health problem. This article describes the case a 35-year old female patient admitted due to severe depression with psychotic symptoms and refractory to pharmacological treatment. Over 3 years of psychiatric therapy, electroconvulsive therapy (ECT) had never been offered as a treatment option. The patient was treated with ECT and showed significant improvement of psychiatric and physical symptoms, and currently leads a normal life. The indications and limitations of ECT are discussed.

Keywords: Electroconvulsive therapy, severe depression, psychotic symptoms, malnutrition.

INTRODUÇÃO

Transtornos depressivos são um importante problema de saúde pública, devido a sua prevalência, prejuízos em termos de incapacitação e sofrimento, potencial de curso crônico e recorrência, além de elevados custos sociais e em saúde. A prevalência de transtorno depressivo maior ao longo da vida na população brasileira, segundo estimativa do estudo São Paulo Megacity, realizado na região metropolitana de São Paulo entre 2005 e 2007 e recentemente publicado, foi de 16,9%¹. De acordo com outro estudo, The Global Burden of Disease Study² (Estudo da Carga/Peso das Doenças), as doenças psiquiátricas são a quinta maior causa de morbimortalidade no mundo (correspondendo a 7,4% da carga/peso global das doenças) e foram a maior causa de incapacidade no mundo em 2010 (carga não letal das doenças). No estudo, somente em 2010, as doenças mentais agrupadas com dependência química foram responsáveis por 175,3 milhões de anos vividos com incapacitação (do inglês, *years lived with disability*); destes, 42,5% foram devidos à depressão².

Além disso, o índice de refratariedade na depressão maior é outro dado digno de preocupação³. De 15 a 20% dos pacientes serão considerados refratários, apesar de múltiplas e consistentes tentativas de tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos, mesmo com estratégias de potencialização, de acordo com o estudo STAR-D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, ou Alternativas Sequenciais de Tratamento para o Alívio da Depressão),



**PEDRO SHIOZAWA¹, GERALDO TELES MACHADO NETTO²,
QUIRINO CORDEIRO³, RAFAEL BERNARDON RIBEIRO⁴**

¹Coordenador do Laboratório de Neuromodulação do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. ²Médico psiquiatra assistente do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. ³Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). ⁴Professor instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Coordenador do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização do ECT e Eletroestimulação da ABP.

trabalho realizado com a proposta de se aproximar da prática diária do tratamento da depressão⁴. Além da questão da refratariedade, esses transtornos têm curso crônico e recorrente. De fato, o índice de recorrência para pacientes que se recuperam do primeiro episódio depressivo é de 40% dentro de 10 anos e de 50% em 20 anos⁵.

Aos recentes desenvolvimentos nas neurociências foram acrescentadas informações relevantes para a compreensão dessa doença complexa, agregando novas estratégias terapêuticas de estimulação cerebral não invasiva (*noninvasive brain stimulation*, NIBS) à já clássica electroconvulsoterapia (ECT), técnicas que têm sido progressivamente estudadas, com impacto clínico notável^{6,7}.

Estimulação cerebral não farmacológica, usada como técnica neuromoduladora, pode ajudar a superar muitas das dificuldades atuais no tratamento de transtornos neuropsiquiátricos relacionados à resistência total ou parcial à farmacoterapia. Essas técnicas têm como objetivo aumentar a resposta terapêutica, diminuir o tempo de resposta em situações de urgência e emergência, ampliar e assegurar as taxas de remissão e, em alguns casos, diminuir os efeitos adversos, aumentando, assim, a aderência ao tratamento. No caso da ECT, trata-se de uma estratégia terapêutica já antiga e consagrada, segura e validada na literatura, bastante útil no tratamento de sintomas depressivos graves, especialmente em casos psicóticos, catatônicos e resistentes ao tratamento.

A ECT, introduzida na psiquiatria em 1938, passou por inúmeras transformações ao longo dos anos, como a incorporação de aparelhos modernos, que permitem a dosimetria da carga exata para cada tratamento, parâmetros mais fisiológicos, como comprimento de onda curto (pulsos breves, entre 0,5 e 2,0 milissegundos, e ultrabreves entre 0,3 e 0,25 milissegundos), corrente elétrica constante, controle do tempo de estímulo (em geral, máximo de 6 ou 8 segundos, dependendo do programa e do aparelho utilizado), e frequência de disparo. Todos esses parâmetros permitem uma carga máxima de 576 milicoulombs (mC) para aparelhos de 100 joules de energia, ou o dobro para aqueles de 200 joules. Outra incorporação fundamental e mandatória na ECT moderna, a chamada "ECT modificada", é o uso da anestesia, consistindo de um hipnótico (propofol ou etomidato), um relaxante muscular (succinilcolina) e atropina. Além disso, há também monitorização contínua cardíaca, da oximetria e da pressão arterial, além do

eletroencefalograma para o seguimento da crise. A sala da ECT deve ser apropriada, localizada em ambiente hospitalar, dispor de oxigênio, contar com equipe de enfermagem e profissional anestesologista, além do médico psiquiatra, conforme o disposto na nova resolução do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta a prática no Brasil (Resolução CFM nº 2057/2013).

Quanto à técnica, recomenda-se titulação de limiar convulsivo para cada paciente, o que customiza a dose e minimiza os efeitos adversos cognitivos, sendo a dose habitual mais baixa que o potencial nominal dos aparelhos. Outra estratégia para minimizar a presença de efeitos colaterais da técnica é o posicionamento dos eletrodos, que pode ser bitemporal, bifrontal ou unilateral em hemisfério não dominante (em geral, o direito). As técnicas bifrontal e unilateral direita têm crescido em uso por minimizarem os efeitos cognitivos, sendo quase tão eficazes quanto a técnica clássica bitemporal, em que pesem algumas ressalvas, como aumento do número de sessões necessárias para o mesmo efeito no caso de tratamento unilateral com pulsos ultrabreves. Vários estudos têm validado o uso da ECT bifrontal e unilateral, tanto em transtornos do humor como em psicoses, com pulsos breves e ultrabreves, destacando os bons resultados com menores efeitos adversos cognitivos, sendo boa opção para início de tratamento na maior parte dos casos⁸.

Quanto à eficácia da técnica, sabe-se que a taxa de resposta à ECT nos transtornos de humor é de cerca de 90%. Um grupo de pesquisadores do UK ECT Review Group, em uma revisão sistemática e metanálise publicada no respeitado *Lancet*, descobriu que a ECT é efetiva no tratamento agudo da depressão, sendo inclusive mais efetiva que o uso de drogas antidepressivas. Além disso, a referida metanálise demonstrou que a ECT bilateral é mais efetiva que sua aplicação unilateral, e que cargas mais elevadas parecem funcionar melhor que cargas menores. Comparação recente realizada em metanálise entre ECT e estimulação magnética transcraniana repetitiva de alta frequência (EMT) mostrou que, para o tratamento do transtorno depressivo maior, foram necessários, em média, 15,2 tratamentos com EMT contra 8,2 sessões de ECT para se atingir, respectivamente, 33,6 e 52% de remissão entre os pacientes (*odds ratio* = 0,46; *p* = 0,04). Tal estudo evidenciou também melhora mais pronunciada nos pacientes submetidos à ECT (*p* = 0,007)¹⁰.

Assim, a ECT apresenta melhor resposta terapêutica tanto quando comparada ao uso de antidepressivos como quando comparada à EMT.

Podemos concluir que, na atualidade, a ECT é considerada o tratamento mais eficaz para o episódio depressivo agudo e é particularmente adequada para pacientes gravemente doentes, com ideação suicida, catatonia, risco de morte e/ou depressão psicótica.

Assim, a ECT apresenta melhor resposta terapêutica tanto quando comparada ao uso de antidepressivos como quando comparada à EMT.

Podemos concluir que, na atualidade, a ECT é considerada o tratamento mais eficaz para o episódio depressivo agudo e é particularmente adequada para pacientes gravemente doentes, com ideação suicida, catatonia, risco de morte e/ou depressão psicótica.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 35 anos, administradora de empresas e professora de ioga, foi internada em 18/12/2013 por quadro depressivo grave com sintomas psicóticos refratários a tratamento medicamentoso para depressão grave. Veio acompanhada da mãe, que informou tratamento psiquiátrico iniciado há cerca de 3 anos. Apesar do tratamento farmacológico realizado, a paciente apresentou pobre resposta terapêutica, ocorrendo piora sobretudo no último ano, quando sintomas psicóticos também começaram a ocorrer. Usava sonda nasoenteral havia 7 meses devido à recusa sistemática em se alimentar. Foi internada duas vezes em hospitais clínicos devido a repercussões de quadro de desnutrição que passou a apresentar. Em suas internações clínicas, foi investigada doença autoimune e foram realizados exames como ressonância nuclear magnética de crânio e coleta de liquor, além de investigação laboratorial (eletrólitos, hematologia, *screening* hormonal, provas inflamatórias), sempre negativos.

Durante todo o tempo em que a paciente esteve sob tratamento, em especial nos momentos de maior gravidade de seu quadro clínico, mesmo estando sondada e desnutrida, a ECT nunca foi apresentada pelos seus psiquiatras como técnica terapêutica a ser utilizada. A família soube da existência da ECT em busca realizada na Internet. Com isso, buscou ajuda no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde a técnica é realizada gratuitamente, como parte do tratamento dos pacientes da instituição.

Ao exame de entrada no CAISM, a paciente apresentava-se

vígil, em negativismo ativo, com humor deprimido, hipotímica, pensamento pobre, de curso lentificado, discurso permeado por delírios e crítica ausente. Apresentava também grave quadro de desnutrição, estando com sonda nasoenteral para alimentação. Devido à gravidade de seu quadro clínico e psiquiátrico, a paciente foi internada no CAISM para tratamento.

Após investigação clínica e complementar com exames laboratoriais e de neuroimagem, firmou-se diagnóstico de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, com resposta refratária ao uso de antidepressivos. Depois de reunião com familiares e assinatura de termo de consentimento, a equipe optou por iniciar sessões de ECT, conforme disposição prévia dos familiares ao buscarem o serviço, tendo em vista a refratariedade e gravidade dos sintomas psiquiátricos e clínicos do caso.

O protocolo de exames e avaliações pré-estimulação de ECT consistiu em¹¹:

- 1) avaliação clínica pré-anestésica;
- 2) avaliação odontológica;
- 3) exames laboratoriais: hemograma completo, coagulograma completo, hormônio estimulante da tireoide (TSH), T4 livre, enzimas hepáticas – aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), fosfatase alcalina (FA) e gama-glutamil-transferase (GGT) –, ureia, creatinina, sódio, potássio e glicemia;
- 4) tomografia ou ressonância nuclear magnética de crânio (últimos 6 meses);
- 5) raio X de tórax: posteroanterior e perfil;
- 6) eletrocardiograma (ECG).

O tratamento indicado na fase aguda consistiu em 12 sessões de ECT bitemporal com pulsos breves, carga ajustada para 160 mC (duas sessões semanais de ECT), tendo a paciente evoluído com melhora clínica significativa dos sintomas psiquiátricos e físicos e recebido alta hospitalar com quetiapina e sessões semanais de ECT, devido à gravidade do quadro psicopatológico prévio e à baixa resposta terapêutica com psicofármacos. Durante o período de ajuste da dose da quetiapina ambulatoriamente, foi realizada ECT semanal.

A resposta terapêutica da paciente passou a ser avaliada em consultas ambulatoriais regulares com psiquiatra. A manutenção com ECT foi espaçada para sessões quinzenais e depois mensais, com o uso de pulsos ultrabreves para minimizar eventuais efeitos adversos cognitivos da técnica. Houve, então, *restitutio ad integrum*, sem a presença de qualquer tipo de alteração psicopatológica residual e tampouco de efeitos colaterais.



¹Coordenador do Laboratório de Neuromodulação do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. ²Médico psiquiatra assistente do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. ³Professor adjunto e chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Diretor do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Emergências Psiquiátricas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). ⁴Professor instrutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Coordenador do Serviço de ECT do CAISM da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP. Membro da Comissão de Estudos, Divulgação e Desestigmatização do ECT e Eletroestimulação da ABP.

O tratamento foi bem tolerado, e a paciente leva uma vida absolutamente normal (a ponto de surpreender positivamente e cumprimentar efusivamente um dos autores deste artigo, R.B.R., no metrô de São Paulo, recentemente, enquanto voltava, sozinha, do Parque do Ibirapuera e ia dar aulas de ioga).

Discussão

No presente relato de caso, o uso da ECT foi efetivo para o manejo de sintomas depressivos graves em paciente refratária à psicofarmacoterapia. No entanto, vale lembrar que o uso da ECT tem algumas limitações. Sua aplicação requer anestesia e ambiente hospitalar, em sala apropriada; por conseguinte, profissionais especializados e aparelhos médicos adequados para o suporte avançado de vida. Outra importante questão é relativa aos efeitos colaterais cognitivos da técnica, que podem, no entanto, ser minimizados com o uso de parâmetros mais adequados para cada paciente. Além disso, vale ressaltar que a amnésia anterógrada, relativamente comum na ECT, é autolimitada e completamente reversível, segundo recente metanálise¹². Ademais, o uso da ECT bifrontal e unilateral, com pulsos ultrabreves, tem se mostrado um importante avanço no sentido de dar conforto ao paciente, sem perda da efetividade terapêutica necessária.

A ECT, quando bem indicada, pode abreviar longos períodos de sofrimento desnecessário, sendo, no entanto, uma alternativa que tem sido deixada de lado em diversos casos graves. A falta de financiamento da ECT pelo Sistema Único de Saúde (SUS) federal certamente é um limitador bastante poderoso ao acesso da população a esse tratamento, que precisa contar com serviços universitários, filantrópicos ou privados^{13,14}. Porém, a indisponibilidade de ECT nos serviços do SUS não deve retirar esse procedimento do arsenal terapêutico dos psiquiatras. Em que pese a imensa dificuldade de se conseguir ECT para nossos pacientes hoje no país, como médicos que somos, não podemos esquecer de realizar o raciocínio clínico apropriado, orientar nossos pacientes e suas famílias e indicar as melhores alternativas terapêuticas disponíveis para cada caso. Só assim poderemos pressionar e sensibilizar as autoridades e gestores públicos para os problemas enfrentados pelos nossos pacientes.

O tipo de caso ora apresentado mostra o risco de morte a que pacientes com transtornos mentais têm sido submetidos no Brasil. Tal situação vai ao encontro de um trabalho recentemente publicado pelo nosso grupo, mostrando o crescimento de mortes relacionadas a transtornos mentais no país¹⁵. O presente relato mostra, ainda, que a ECT, a despeito do alto grau de resposta terapêutica em casos graves de depressão e de sua segurança e

baixo nível de efeitos adversos, tem tido seu uso cada vez mais negligenciado em nosso meio, em grande parte por conta da falta de acesso à técnica nos serviços públicos de saúde, devido meramente a questões ideológicas¹⁶.

Correspondência:

Quirino Cordeiro

Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Rua Major Maragliano, 241

CEP 04017-030 - São Paulo, SP

E-mail: qcordeiro@yahoo.com

Fontes de financiamento e conflitos de interesse inexistentes.

Referências

1. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34:249-60.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. *Can J Psychiatry*. 2007;52:46-54.
4. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S, Carvalho A, Cha DS, et al. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord*. 2014;156:1-7.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289:3095-105.
7. Dentino AN, Pieper CF, Rao MK, Currie MS, Harris T, Blazer DG, et al. Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:6-11.
8. Sienaert P, Vansteelandt K, Demyttenaere K, Peuskens J.

RELATO DE CASO

PEDRO SHIOZAWA
GERALDO TELES MACHADO NETTO
QUIRINO CORDEIRO
RAFAEL BERNARDON RIBEIRO

ARTIGO

Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: cognitive side-effects. *J Affect Disord.* 2010;122:60-7.

⁹. Alves M, Abreu PM. Eletroconvulsoterapia: eficácia, efeitos adversos, medidas de segurança, mecanismo de ação e complicações. *Rev Debates Psiquiatr.* 2012;2:14-20.

¹⁰. Berlim MT, Van den Eynde F, Daskalakis ZJ. Efficacy and acceptability of high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) versus electroconvulsive therapy (ECT) for major depression: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety.* 2013;30:614-23.

¹¹. Tess AV, Smetana GW. Medical evaluation of patients undergoing electroconvulsive therapy. *N Engl J Med.* 2009;360:1437-44.

¹². Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry.*

2010;68:568-77.

¹³. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Rigonatti SP, Cordeiro Q. Electroconvulsive therapy in Brazil after the "psychiatric reform": a public health problem--example from a university service. *J ECT.* 2012;28:170-3.

¹⁴. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Rigonatti SP, Cordeiro Q. Availability and public policies for electroconvulsive therapy in Brazil. *J ECT.* 2013;29:e69.

¹⁵. Ribeiro RB, Melzer-Ribeiro DL, Cordeiro Q. Morbidity and mortality due to mental disorders in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:217-8.

¹⁶. Shiozawa P, Brunoni A, Zanuto E, Cordeiro Q, Ribeiro RB. ECT de manutenção no tratamento de paciente idosa com depressão grave, refratária e recorrente: relato de caso. *Rev Debates Psiquiatr.* 2013;3:46-9.



O BAIRRAL VIU O FUTURO.
E CRIOU A NOVA VISÃO EM SAÚDE MENTAL.

O Bairral viu o futuro. E estendeu a via de acesso a ele criando o **TPDS**, o tratamento por perfil diagnóstico semelhante, considerado até hoje um salto quântico na eficácia do tratamento psiquiátrico. Agora, o Bairral está reinventando o futuro através da sua visão transdisciplinar e de sua multicompetência em Saúde Mental. É uma nova visão. Um aperfeiçoamento que integra serviços a avançados programas terapêuticos que vão além da atividade hospitalar. É o **BairralVision**, um projeto que disponibiliza soluções múltiplas voltadas exclusivamente para um único objetivo: o bem-estar mental. Saiba mais. Visite www.bairral.com.br/vision.



BEM-ESTAR MENTAL