

ARTIGO //////////////////////////////////////

por **ALEXANDRE BASTOS LIMA,**
DANIELLE PESSOA LIMA, CLAYTON AGUIAR
e **ERICO CASTRO-COSTA**

ARTIGO

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR NOS IDOSOS

Resumo

Introdução: O transtorno bipolar apresenta um grande impacto na vida social, econômica e afetiva na vida do paciente. Embora, a população esteja envelhecendo muito rapidamente, poucos são os estudos que investigam as características específicas desse transtorno nessa faixa etária. Objetivo: O objetivo desse estudo é realizar uma revisão das características do transtorno bipolar no idoso. Resultados: O transtorno bipolar no idoso apresenta características específicas diferente do transtorno bipolar no adulto em diversos tópicos como: a epidemiologia, os aspectos clínico/diagnósticos, as principais comorbidades e o tratamento. Conclusão: É necessário reconhecer o transtorno bipolar no idoso de maneira adequada a fim de o diagnóstico e o tratamento sejam feitos corretamente.

Palavras-chave: transtorno bipolar, idosos, epidemiologia, tratamento

transtorno afetivo bipolar no idoso. O primeiro grupo é composto de pacientes em que o TAB iniciou na 2a ou 3a década de vida e permanecendo após o envelhecimento. Já no segundo grupo o TAB iniciou somente na quinta ou sexta década de vida, porém há relatos que demonstram que o início também pode ocorrer na até na 8a ou 9a década de vida (4).

Este artigo de revisão foi idealizado para abordar o TAB no idoso, uma vez que ele está associado a vários fatores específicos dessa população como: aumento da incapacidade funcional, maior rapidez no declínio cognitivo, piora na qualidade de vida, aumento da mortalidade devido a alta prevalência de comorbidades e uma maior utilização dos serviços de saúde (5). Além disso, as intervenções farmacológicas também são muito específicas nesse grupo devido à comorbidades, as alterações metabólicas e as potenciais interações medicamentosas.

Introdução e Contexto Histórico

Mania e melancolia são os termos mais antigos em psiquiatria. Eles foram criados pelos Gregos e trabalhados por Hipócrates há 2500 anos. Em 1851, Jules Falret descreveu em uma de suas aulas uma condição chamada de *forme circulaire de maladie mentale* (1). Essa descrição deu origem a uma série de debates e controvérsias que terminaria por ligar a depressão e a mania em uma única patologia que hoje chamamos de transtorno afetivo bipolar (TAB).

Este transtorno ganhou novo interesse por parte da comunidade médica a partir de publicações que sugeriam tratamentos farmacológicos para o mesmo. O trabalho de Cade (2) é pioneiro no uso de lítio para tratamento do que viria a se chamar de TAB. Interessante notar que este autor em sua amostra inicial tinha um terço de pacientes idosos. Nas décadas subsequentes poucas publicações trataram do TAB geriátrico, mas há poucos anos isso vem mudando. (3)

Podemos distinguir dois grupos de pacientes portadores de

Epidemiologia

Poucos são os estudos para a avaliação do TAB conduzidos na população de idosos e geralmente apresentam pequenas amostras que dificultam a generalização dos dados. O ECA (*Epidemiologic Catchment Area Survey*) demonstrou que a prevalência do TAB nos últimos 12 meses foi de 0,1% entre os participantes com idade igual ou maior a 65 anos de acordo com os critérios do DSM-III(3). Já outros estudos relataram taxas de prevalência maiores: 0,25% (23), 0,5% (6). Com relação a prevalência do TAB no idoso ao longo da vida, o *US National Comorbidity Survey Replification* (NCS-R) encontrou a prevalência de 1%(7) ao utilizar os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Apesar de apresentar uma baixa prevalência nos idosos, o TAB representa um grande desafio para saúde pública uma vez que ele representa 10% das internações psiquiátricas dessa população (8). Além disso, o TAB no idoso também é responsável por 5% das consultas ambulatoriais psiquiátricas e dos leitos dos asilos (*nur-*



ALEXANDRE BASTOS LIMA, DANIELLE PESSOA LIMA, CLAYTON AGUIAR

Faculdade de Medicina da Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará

sing home), e 15% dos atendimentos psiquiátricos de emergência nos pronto-socorros (7). Por último, idosos com TAB apresentam maiores taxas de utilização dos serviços de saúde quando comparado com os pacientes bipolares mais jovens (9) e um risco muito maior de apresentar alterações cognitivas do que idosos sem o TAB (10).

Aspectos clínicos e diagnósticos do Transtorno Bipolar

O TAB, de maneira geral, apresenta uma distribuição unimodal para idade de início, com o pico entre o final da 2ª década e começo da 3ª década e somente 10% dos pacientes apresentam o primeiro episódio após os 50 anos (11) e 5% após os 60 anos (12). Em estudos com idosos com o TAB, a média de idade para o início foi de 48 anos com uma duração média de 20 anos para o transtorno (8).

Geralmente o TAB no idoso é mais comum nas mulheres, com as fases de mania menos intensas e uma frequência maior das fases depressivas e internações mais prolongadas do que os pacientes bipolares mais jovens (8). Com relação ao uso de substâncias, evidências demonstram que os idosos com TAB apresentam uma prevalência ligeiramente menor do que os mais jovens (7,0% vs. 8,3%) (8). Entretanto, com relação aos outros quadros psiquiátricos nos idosos, portadores de TAB e de demências apresentam maior abuso ou dependência com álcool e maior risco de hospitalizações (13).

Finalmente, o início tardio do TAB está associado com comorbidades neurológicas, doenças vasculares e sintomas psicóticos, mas não está associado a presença de história familiar, eventos estressantes de vida, demonstrando que fatores orgânicos, genéticos e psicossociais apresentam diferentes impactos no início do transtorno (14-16).

Episódios depressivos

A depressão em idosos deve ser avaliada com muito cuidado, pois ele pode ser o episódio depressivo do TAB, o episódio depressivo unipolar ou sintomas de alterações médicas. Com isso, é importante a realização de uma avaliação individual e completa da etiologia dos sintomas nessa população. Os episódios depressivos podem estar associados com o quadro de *pseudodementia* que caracteriza por distração, piora da concentração e alterações das funções executivas típicas dos quadros de demência (17), mas que melhoram após o alívio dos sintomas.

Episódios maníacos/hipomaníacos

Nos idosos, os psiquiatras apresentam dificuldade em diferenciar os episódios maníaco/hipomaníacos dos transtornos neuropsiquiátricos (18). Ao considerar a possibilidade do episódio maníaco, o psiquiatra precisa pesquisar a história pregressa do TAB ou excluir as principais causas de um quadro de mania secundária (tabela 1).

Tabela 1: Principais causas de mania secundária no idoso

Doenças neurológicas

- Tumor (principalmente temporal, órbita-frontal ou talâmico)
- Doenças cerebrovasculares
- Delirium
- Demência
- Esclerose múltipla
- Epilepsia
- Traumatismo crânio-encefálicos

Doenças endócrinas

- Doença de Addison
- Síndrome de Cushing
- Hipertireoidismo
- Hipotireoidismo

Doenças infecciosas

- HIV/AIDS
- Sífilis terciária

Medicamentos não-psiquiátricos

- Anticolinérgicos
- Baclofen
- Captopril

Agonistas dopaminérgicos

- Hidralazina
- Fenitoína
- Procaína
- Esteróides
- lumbina

Medicamentos psiquiátricos/terapias somáticas

- Antidepressivos
- ECT
- Fototerapia
- Estimulante

Substâncias

- Álcool
- Cocaína
- Estimulantes ilícitos

ARTIGO

por **ALEXANDRE BASTOS LIMA,**
DANIELLE PESSOA LIMA, CLAYTON AGUIAR
e **ERICO CASTRO-COSTA**

ARTIGO

O tratamento agudo da mania secundária, também, é feito com estabilizadores do humor, antipsicóticos e menos freqüentemente com os benzodiazepínicos adotando cuidados especiais na titulação e dosagem dos fármacos para os idosos, além da intervenção clínica na condição médica que originou o quadro.

Fase Eutímica

A avaliação dos pacientes idoso em eutimia, ou com poucos sintomas, é a melhor maneira de avaliar o impacto do TAB na cognição. Evidências na literatura demonstram que idosos bipolares apresentam alterações na memória, na atenção e nas funções executivas (19,20).

A importância de avaliar as alterações cognitivas na fase eutímica do idoso bipolar é devido principalmente aos efeitos negativos da cognição na qualidade de vida, no desempenho das atividades diárias e na adesão terapêutica.

Tratamento

Antes de iniciar qualquer intervenção farmacológica no idoso com TAB, o psiquiatra deve obter uma história clínica e psiquiátrica completa, além do exame físico e laboratorial e uma avaliação cuidadosa do impacto das comorbidades clínicas e dos medicamentos não-psiquiátricos administrados.

Apesar do impacto do TAB nos idosos, poucas são as evidências para o tratamento específico dessa população. Na ausência de estudos em idosos deve-se priorizar evidências em populações com idades variadas (adultos, adultos de meia-idade), ou evidências no tratamento da agitação aguda e das psicoses nos idosos. As dosagens utilizadas em idosos diferem substancialmente das dosagens utilizadas em adultos mais jovens. Dentro dos idosos, também se deve diferenciar as dosagens utilizadas nos idosos "frágeis" (frail), (aqueles com importantes comorbidades médicas e neurológicas) para os idosos "não-frágeis" (non-frail) (aqueles sem comorbidades médicas e neurológicas significativas).

Em idosos frágeis, sugere-se que a dose inicial deve ser muito baixa (entre 25% e 50% da dose usual do adulto jovem) devido aos grandes riscos de eventos adversos. Já durante a fase de depressão ou a fase manutenção utiliza-se 50% das doses utilizadas na fase de mania (tabela 2).

Tabela 2: Diretrizes das dosagens no tratamento do TAB no idoso

Substância	Dose inicial (mg/dia)	Titulação (mg/dia)	Dose ou nível terapêutico inicial (mg/dia ou nível)
Estabilizadores do humor			
Lítio	150	150	0,3 - 0,6 mEq/L
Valproato	250	125 - 250	250
Carbamazepina	100	100	400 - 800
Lamotrigina	12,5 - 25	12,5 - 25	50 - 100
Antipsicóticos de 2ª geração			
Olanzapina	1,25 - 2,5	1,25 - 2,5	2,5 - 10
Risperidona	0,25 - 0,5	0,25 - 0,5	0,5 - 2
Quetiapina	25 - 50	25 - 50	200 - 400
Ziprasidona	20	20	40 - 80
Aripiprazole	2 - 5	2 - 5	2 - 15
Clozapina	6,25 - 25	6,25 - 25	112,5 - 225

O tratamento farmacológico a ser instituído em determinada momento dependerá da polarização do transtorno, da severidade dos sintomas e da fase do tratamento (agudo, continuação ou manutenção). Abaixo discutimos o tratamento na mania aguda, na depressão bipolar e o tratamento medicamentoso de manutenção.

1) Tratamento da Mania aguda

O uso do lítio permanece como a pedra fundamental para o tratamento, mesmo no paciente idoso. Esta medicação é menos prescrita por preocupações relacionadas a tolerabilidade e às múltiplas comorbidades médicas da população idosa (21). É essencial conhecer a farmacocinética da droga para evitar toxicidade. Como a excreção do lítio é exclusivamente renal, deve-se ter cuidado com alterações no clearance de creatinina. Algumas drogas podem ser estar relacionadas com aumento do nível sérico do lítio, destas as de prescrição mais comuns nos idosos são diuréticos, inibidores da ECA e antiinflamatórios não-esteróides. Todos os fatores relacionados acima e ainda o possível desenvolvimento de hipotireoidismo no paciente nos levam a usar lítio com maior cuidado e vigilância laboratorial. Fatores farmacodinâmicos podem ser responsáveis por maior vulnerabilidade a reações adversas na população idosa, por esta razão alguns autores a sugerem litemia-alvo mais bai-



xa do que no adulto jovem (22). A litoterapia apresenta também benefícios adicionais como a redução do risco de suicídio (23) e redução das taxas de demência (24).

Divalproato, carbamazepina e todos os antipsicóticos de segunda geração, a exceção da clozapina, são aprovados pela FDA para uso nos caso de mania. Abaixo as principais reações tóxicas e efeitos colaterais destas medicações. Deve-se ter em mente que os idosos são mais sensíveis a estes efeitos.

Tabela 3: Principais eventos adversos com as drogas utilizados no tratamento do TAB no idoso

Medicação	Efeitos colaterais
Divalproato	Pancreatite Hepatotoxicidade Encefalopatia
Carbamazepina	Confusão Agitação Ataxia
Antipsicóticos de segunda geração	Ganho de peso Anormalidades metabólicas Sedação Sintomas extrapiramidais Risco de quedas Síndrome neuroléptica Maligna

A monoterapia deve ser tentada para o tratamento destes pacientes, porém, via de regra, o paciente acaba necessitando de politerapia. Isto deve ser feito com cuidado no idoso. As doses devem ser iniciadas de forma lenta e aumentadas de forma gradual. O cuidado, no entanto, não significa que subdoses devam ser usadas ou que melhoras parciais sejam aceitas passivamente. No paciente idoso assim como no paciente jovem o tratamento visa, sempre que possível, a remissão total da sintomatologia de humor.

2) Tratamento da Depressão Bipolar

Lítio, Lamotrigina e alguns atípicos como Quetiapina, além da combinação olanzapina + fluoxetina demonstraram eficácia no tratamento de depressão bipolar em estudos realizados com pacientes de todas as idades (25, 26). O papel dos antidepressivos no tratamento da depressão bipolar permanece controverso. Na população geriátrica, no entanto, há evidência de que o uso de medicações possa representar um risco relativamente pequeno

(27). Outro estudo (28) concluiu que o tratamento tanto com estabilizadores do humor quanto com antidepressivos diminui o risco de suicídio em paciente idoso bipolar.

3) Tratamento de Manutenção do Transtorno Bipolar

Devido ao alto risco de recorrência da sintomatologia do humor, o tratamento de manutenção é essencial para o paciente bipolar. Chama-se de tratamento de continuação àquele que se segue ao tratamento da fase aguda e que mantém as medicações e doses utilizada (29). O seu objetivo é preservar a remissão sintomatológica. A duração do tratamento de continuação não deve ser menor do que seis meses.

O tratamento de manutenção por longo prazo visa à prevenção de um novo episódio de depressão ou mania (30). As doses utilizadas na continuação podem ser diminuídas de forma lenta e gradual. O tempo preconizado é de no mínimo 1 a 2 anos seguindo o primeiro episódio de mania.

Intervenção Psicossocial

Intervenções psicossociais são muito importantes em melhoras sintomáticas em curto prazo e em longo prazo atuam nas aderências as medicações, prevenção de recaídas, reabilitação funcional e redução das comorbidades médicas (31).

Para o paciente bipolar, o grande desafio de intervenção psicossocial é lidar com os sintomas depressivos crônicos que presentes há muitos anos já causaram vários danos e perdas aos pacientes. Há evidências de que várias abordagens terapêuticas são efetivas quando usadas em conjunto com as medicações adequadas (32).

Um estudo realizado no Brasil mostra que existem várias dificuldades inerentes à farmacologia: a obrigatoriedade da polifarmacoterapia, o desejo de encerrar o tratamento farmacológico, limitações na autoadministração dos fármacos (33), efeitos colaterais e dúvidas sobre a necessidade dos medicamentos. Este trabalho sugere que ações educativas e de promoção da adesão são de grande valia para o sucesso do tratamento.

Conclusão

O Transtorno Bipolar na população idosa tem diferenças e peculiaridades ainda pouco conhecidas, mas que são importantes para o diagnóstico e tratamento desta condição. É muito importante que haja extensa investigação clínico-laboratorial, devido a grande possibilidade de quadros de TAB secundários a quadros neurológicos, endocrinológicos, infecciosos e uso de medicamen-

ARTIGO //

por **ALEXANDRE BASTOS LIMA,**
DANIELLE PESSOA LIMA, CLAYTON AGUIAR
e **ERICO CASTRO-COSTA**

ARTIGO

tos ou substâncias ilícitas que necessitam de tratamentos específicos. O tratamento deste transtorno ainda é feito se utilizando diretrizes e consensos baseados em estudos com pacientes jovens. As características farmacocinéticas e farmacodinâmicas do envelhecimento devem ser levadas em consideração durante toda a extensão do tratamento.

Referências

- 1. Berrios GE. The History of Mental Symptoms. New York, Cambridge University Press, 1996.
- 2. Cade JF. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. Med J Aust. 1942; 2: 349-52.
- 3. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL et al. Affective disorders in five United States communities. Psychol Med. 1988; 18: 141-53
- 4. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML et al. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. Bipolar Disord. 2005; 7: 111-8.
- 5. Charney DS, Reynolds CF 3rd, Lewis L, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



CLÍNICA
JORGE
JABER
www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BNDES
BRANDESCO SAÚDE
CABERJ
CNEN
ELETROBRAS
ELETRONUCLEAR
EMBRATEL
FURNAS
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
INB
IRB
MEDSERVICE
MÚTUA DOS MAGISTRADOS
SULAMÉRICA
REAL GRANDEZA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO
Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elísio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442- 4354
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS
Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540 - 9091 / 2540 - 9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ



- of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60: 664-672.
- 6. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 53-9.
 - 7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.
 - 8. Deep CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*, 2004; 6: 343-367.
 - 9. Sajatovic M, Blow FC, Ignácio RV, et al. Age-related modifiers of clinical presentation and health service use among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 2004; 55: 1014-1021.
 - 10. Depp CA, Lindamer LA, Folsom DP, et al. Differences in clinical features and mental health service use in bipolar disorder across the lifespan. *AM J Geriatr Psychiatry*, 2005; 13: 290-298.
 - 11. Yassa R, Nair NP, Iskandar H. Late-onset bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 1988; 11:117-131.
 - 12. Goodwin FR, Jamison K. *Manic-depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd Edition. New York, Oxford University Press, 2007.
 - 13. Brooks JO 3rd, Hoblyn JC, Kraemer HC, et al. Factors associated with psychiatric hospitalization of individuals diagnosed with dementia and comorbid bipolar disorder. *J Geriatr Psychiatr Neurol*, 2006; 19: 72-77.
 - 14. Ahearn EP, Steffens DC, Cassidy E, et al. Familial leukoencephalopathy in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 1605-1607.
 - 15. Hays JC, Krishnan KR, George LK, et al. Age of onset of bipolar disorder: demographic, family, history and psychosocial correlates. *Depress Anxiety*, 1998; 7: 76-82.
 - 16. Krishnan KR. Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*, 2002; 52: 185-192.
 - 17. Lantz MS, Buchalter EN. Pseudodementia: cognitive decline caused by untreated depression may be reversed with treatment. *Geriatrics*, 2001; 56: 42-43.
 - 18. Brooks JO 3rd, Hoblyn JC. Secondary mania in older adults. *Am J Psychiatry*, 2005; 162: 2033-2038.
 - 19. Brooks JO, Hoblyn JC, Woodard S, et al. Relations between delayed memory and cerebral metabolism in older euthymic adults with bipolar disorder. *Biol Psychiatry*, 2007; 61:114.
 - 20. Gildengers AG, Butters MA, Chisholm D, et al. Cognitive functioning and instrumental activities of daily living in late-life bipolar disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007; 15:174-179.
 - 21. Shulman KI, Rochon P, Sykora K et al. - Changing prescription patterns for lithium and valproic acid in old age: shifting practice without evidence. *BMJ*. 2003; 326: 960-1
 - 22. Schaffer CB, Garvey MJ. Use of lithium in acutely manic elderly patients. *Clin Gerontol*. 1984; 3: 58-60.
 - 23. Kessing LV, Sondergard L, Kvist K et al. Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 860-6
 - 24. Kessing LV, Sondergard L, Forman JL et al. Lithium treatment and risk of dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65: 1331-5.
 - 25. International Consensus Group on the evidence-based pharmacologic treatment of bipolar I and II depression. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69:1632-46.
 - 26. Fountoulakis KN, Vieta E. Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2008; 11: 999-1029.
 - 27. Schaffer A, Mamdani M, Levitt A. et al. Effect of antidepressant use on admissions to hospital among elderly bipolar patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21: 275-80.
 - 28. Aizenberg D, Olmer A, Barak Y. Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *J Affect Disord*. 2006; 91(1): 91-4.
 - 29. Sharma V, Yatham L, Haslam D. et al. Continuation and prophylactic treatment of bipolar disorder. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 925-1005.
 - 30. Ghaemi S, Pardo T, Hsu D. Strategies for preventing the recurrence of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65: 16-23.
 - 31. Sajatovic M, Chen P. Geriatric bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2011; 34: 319-33.
 - 32. Schaffer CB, Garvey MJ. Use of lithium in acutely manic elderly patients. *Clin Gerontol*. 1984; 3: 58-60.
 - 33. Cruz, LP, Miranda PM, Vedana KGC et al. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. *Rev. Latino-Am*. 2011; 19: 944-952.