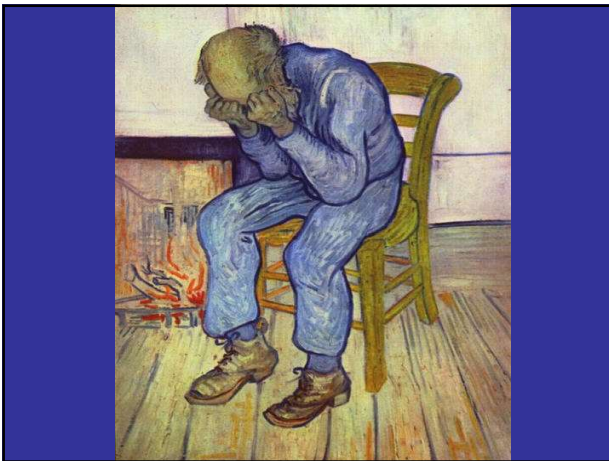


Depressão

Cuidados Paliativos
Ferraz Gonçalves

vivo do que me dão
nunca falto às aulas de esgrima
e todos os dias agradeço a deus
esta depressão que me anima

A naifa



Introdução

- A prevalência de depressão nos doentes em cuidados paliativos varia entre 3,7 e 58%.
- Pelo menos 25% dos doentes com cancro avançado tem uma doença depressiva tratável.
- Muitas vezes a depressão não é detectada:
 - mesmo quando o é, frequentemente não é tratada.
- Alguns tipos de cancro associam-se mais à depressão como o cancro do pâncreas.
 - Outros factores de risco são história de alcoolismo e dor mal controlada.

Introdução

- Fármacos de uso corrente que podem produzir sintomas de depressão:
 - Barbitúricos
 - Diazepam
 - Propranolol
 - Corticosteróides.
 - Citostáticos:
 - vincristina
 - vinblastina
 - procarbazina
 - L-asparaginase
 - Anfotericina B
 - Interferão

Diagnóstico

- Um humor deprimido e tristeza podem ser respostas apropriadas num doente com uma doença avançada que encara a morte,
- Deve ser claramente distinguido de depressão.
- A distinção é muito importante porque a depressão responde aos antidepressivos, enquanto que a tristeza ou o humor deprimido não respondem.

Diagnóstico

- A importância da detecção da depressão reside no impacto negativo que tem na qualidade de vida dos doentes e das suas famílias quando presente e na possibilidade de a tratar.

Critérios de diagnóstico DSM-5

- A. Pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é humor depressivo ou perda de interesse ou prazer. Não incluir sintomas que se possam claramente atribuir a outra condição médica.
1. Humor deprimido anormal na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo doente (ex., sente-se triste, vazio, desesperançado) ou observado por outros (ou humor irritável em crianças e adolescentes).
 2. Perda anormal de todo o interesse ou prazer em todas, ou quase todas as actividades na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado pelo doente ou observado por outros.
 3. Alterações do apetite ou do peso (aumento ou diminuição) sem dieta.
 4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.
 5. Agitação psicomotora ou lentificação quase todos os dias, observável por outros, não subjectiva.
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser ilusórios) quase todos os dias (não somente auto-reprovação ou culpa sobre o estar doente).
 8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias, subjectiva ou observada por outros.
 9. Pensamentos mórbidos sobre a morte (não medo da morte), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Critérios de diagnóstico DSM-5

- B. Os sintomas causam perturbação clinicamente significativa ou perturbação do funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes.
- C. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é melhor explicado por uma doença esquizo-afectiva, esquizofrenia, doença esquizofreniforme, doença delirante ou outra doença psiquiátrica especificada ou não especificada do espectro da esquizofrenia ou outra doença psicótica.
- E. Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaniaco.

Rastreio

- Uma pergunta:
 - “Está deprimido(a)?”
 - No primeiro estudo atingiu uma sensibilidade e especificidade de 100%.
 - Estes resultados não foram replicados noutros estudos.

Rastreio

- Duas perguntas:
 - “Está deprimido(a)?”
 - “Perdeu interesse em coisas ou actividades de que normalmente gostava?”
 - sensibilidade de 90,7% e uma especificidade de 72,6%.
 - Nos rastreios, a sensibilidade deve ser privilegiada em relação à especificidade.

Tratamento

- Psicoterapia de suporte,
- Técnicas cognitivo-comportamentais,
- Medicação antidepressiva.

Antidepressivos

- São fármacos lipofílicos,
- Grande afinidade para as proteínas plasmáticas,
- Distribuem-se extensamente na gordura,
- Alterações nas proteínas e na composição do corpo pode afectar a sua farmacocinética.

Antidepressivos

- São facilmente absorvidos por via oral mesmo na presença de má-absorção.
- A maioria dos antidepressivos tem uma duração de acção de mais de 24 horas,
 - Excepções: trazodona e venlafaxina.
- A eliminação envolve metabolização hepática,
 - Excepção: venlafaxina - sofre excreção renal significativa.
- A isoenzima CYP2D6 está envolvida no metabolismo da maioria dos antidepressivos,
 - Excepção: sertralina.

Antidepressivos

- O metabolismo pela isoenzima CYP2D6 implica:
 - interacções com muitos outros fármacos:
 - tramadol,
 - neurolépticos,
 - anti-arrítmicos,
 - tamoxifeno,
 - antidepressivos.
 - Inibição quase completa da acção analgésica de:
 - codeína,
 - Oxícodona.

Antidepressivos tricíclicos

- São os mais antigos e provavelmente continuam a ser frequentemente usados.
- Interferem com receptores de vários neurotransmissores.
- Inibem de forma não selectiva a recaptção da noradrenalina e da serotonina.
- Têm uma biodisponibilidade de cerca de 50% devido ao extenso metabolismo na primeira passagem pelo fígado.

Antidepressivos tricíclicos

- O tratamento deve ser iniciado com doses baixas:
 - 10-25 mg, ao deitar
 - Aumentar lentamente (10-25 mg) cada 3 dias até se atingir um efeito benéfico.
- Os doentes com cancro têm muitas vezes uma resposta a doses muito mais baixas (25-125 mg) do que as habitualmente requeridas pelos fisicamente saudáveis (150- 300 mg).
- É possível determinar o nível sérico da nortriptilina, da amitriptilina e da imipramina:
 - pode ser útil nos doentes debilitados em quem os níveis terapêuticos podem ser atingidos com doses relativamente baixas.

Antidepressivos tricíclicos

- A escolha do antidepressivo tricíclico depende:
 - Dos problemas médicos presentes,
 - Da natureza dos sintomas depressivos,
 - Da eventual resposta anterior a estes fármacos.
- Os efeitos anticolinérgicos são a causa mais frequente de efeitos laterais.

Antidepressivos tricíclicos

- A amitriptilina, pode prescrever-se quando:
 - Insónia.
 - dor neuropática.
- A nortriptilina tem menos efeitos anticolinérgicos. Mais útil quando:
 - Risco de retenção urinária,
 - Motilidade intestinal diminuída,
 - Estomatite,
 - Tratamento com outros fármacos anticolinérgicos:
 - risco de desenvolver delírium anticolinérgico.

Antidepressivos de segunda geração

- São menos tóxicos e igualmente eficazes.
- Podem ser mais adequados nos doentes com doenças crónicas avançadas que tomam múltiplos medicamentos.
- A trazodona é fortemente sedativo,
 - Em doses baixas (100 mg ao deitar) pode ser útil nos doentes deprimidos com insónia.
 - Efeitos indesejados:
 - priapismo,
 - hipotensão ortostática nos idosos.

Antidepressivos de segunda geração

- A fluoxetina, a paroxetina e a sertralina:
 - Inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS).
 - Efeitos indesejados:
 - náuseas,
 - cefaleias,
 - xerostomia,
 - tonturas,
 - nervosismo/agitação, sudação,
 - trémulo,
 - disfunção sexual.

Antidepressivos de segunda geração

- A fluoxetina, a paroxetina e a sertralina:
 - Esses efeitos são geralmente transitórios.
 - A fluoxetina pode causar náusea ligeira, anorexia, aumento transitório da ansiedade e insónia.
 - A paroxetina pode causar também xerostomia e sonolência ligeira.

Mirtazapina

- Bloqueador dos receptores:
 - α 2-adrenérgicos
 - serotonina 5-HT_{2A} e 5-HT₃
 - histamina H₁.
- Eficácia semelhante à dos antidepressivos tricíclicos e à dos ISRS.
- Tem a vantagem de melhorar o apetite e aumentar o peso.
- É sedativa
 - particularmente útil nos doentes com insónia.
- Tem menor probabilidade de causar disfunção sexual.

Alprazolam

- Benzodiazepina:
 - ansiolítico
 - antidepressivo ligeiro
- Particularmente útil nos doentes com sintomas de ansiedade e depressão.
- Dose inicial de 0.25 mg 3x/d, até 4 a 6 mg/d.

Outras questões

- O seu efeito demora várias semanas a produzir-se:
 - nos doentes em cuidados paliativos é inconveniente.
- Os psicoestimulantes, como o metilfenidato, têm um efeito mais rápido.
- Pode associar-se o metilfenidato aos antidepressivos primários, suprimindo-o depois quando o antidepressivo produzir o seu efeito.
- Porém, dada a “exaustão vital” de muitos doentes em cuidados paliativos a resposta ao metilfenidato obtém-se apenas numa minoria de doentes.

Duração do tratamento

- Deve ser mantido em doses correctas por 2 a 3 semanas:
 - se não houver resposta apropriada deve ser alterado.
- Após a resolução da depressão, o tratamento deve continuar por pelo menos 4 a 6 meses e depois retirado progressivamente.

Cetamina

- Tem um efeito antidepressivo rápido.
- Dose única de 500 µg/Kg IV em 40 minutos:
 - Até 70% dos doentes responderam, com melhoria em horas. of patients respond, with improvements seen within hours.
 - A duração do benefício dura geralmente só uma semana.
- Deve ser considerado um tratamento experimental.

Antidepressivos

Nome genérico	Dose diária
Amitriptilina	10-150 mg
Imipramina	12, 5-150 mg
Nortriptilina	10-125 mg
Paroxetina	10-40 mg
Fluoxetina	20-160 mg
Sertralina	50-200 mg
Venlafaxina	75-225 mg
Trazodona	25-300 mg
Maprotilina	50-75 mg
Mirtazapina	15-35 mg
Alprazolam	0,25-2 mg 3x/d
Metilfenidato	2,5-20 mg 2x/d