

Transcrição – Saúde do Idoso – 29.08.2012

Tema: Depressão no Idoso

Vanessa Galvão

Conceito:

É o distúrbio da área afetiva ou do humor conforme o quadro funcional em qualquer faixa etária. Reconhecidamente de natureza multifatorial envolvendo inúmeros aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Importância:

A importância da depressão no idoso é que reduz a qualidade de vida desse paciente. Os pacientes deprimidos tem menos prazer em viver, costumam ficar mais em casa, tem ideias pessimistas. Com isso há uma diminuição da qualidade de vida; da expectativa de vida, já que esses pacientes têm várias doenças crônicas associadas. E, é uma causa importante de incapacidade daquele indivíduo teoricamente funcional, independente da idade ou do sexo.

Prevalência:

5% dos casos de depressão maior são diagnosticados através do DSM IV (escala de depressão). Mas os sintomas depressivos (não necessariamente o diagnóstico de depressão) podem estar presentes em até 65% da população idosa.

Então, por exemplo, aqueles pacientes internados, tem um maior risco de vir a ter depressão. A estimativa de isso acontecer é de 25%. Então é comum a gente dizer que esses idosos são sub-diagnosticados.

Então, como você tem 65% de pacientes com depressão e você só diagnostica 5%? Porque na grande maioria não se pergunta por sintomas depressivos.

Fatores de Risco:

- Sexo feminino
- História prévia de depressão
- História familiar positiva
- Paciente que tem baixo apoio social
- Pacientes com várias comorbidades – quanto mais comorbidades maior a chance de ter depressão
- Pessoas que moram sozinhas
- Idade(?) – ainda não se sabe se a idade é ou não um fator de risco para depressão, por isso ETA interrogado.

Nós sabemos que o envelhecimento tem-se alterações hormonais, alterações de neurotransmissores, diminuição da serotonina (neurotransmissor importante para depressão que tá diminuído com a idade). Então será que só a idade é um fator de risco para a depressão? Ainda não se sabe!

Para dar o transtorno depressivo existe uma associação de fatores: biológicos e psicossociais.

Fatores biológicos → genética; alterações hormonais; alterações de neurotransmissores

Fatores Psicossociais → Aconteceu alguma coisa na vida daquele indivíduo que desencadeou o quadro depressivo como, por exemplo: é aquele indivíduo que morava no campo e teve que se mudar para a cidade; perda familiar.

Diagnóstico:

Para fazer o diagnóstico de depressão tem que tá atento se aquele quadro é devido ao envelhecimento; tem que tá atento para as formas atípicas dos sintomas; as múltiplas comorbidades associadas (HAS, DM, Parkinson); transtornos cognitivos.

DSM IV:

O DSM IV foi feito para pessoas jovens – não é um teste específico para paciente idoso. Embora seja o critério de diagnóstico que temos para fazer com os idosos também.

Ele se divide em duas categorias:

- Primeiro você tem que saber se aquele sintoma está presente a mais de duas semanas (ponto de corte é de 2 semanas) – se ele passa a maior parte do tempo triste sem uma causa aparente; se ele tem anedonia (perda de prazer). Esses são os dois critérios maiores (basta ter um ou outro).
 - RESUMINDO: CRITÉRIOS MAIORES → (1) HUMOR DEPRIMIDO NA MAIOR PARTE DO DIA; (2) PRAZER E INTERESSES DIMINUIDOS POR QUALQUER ATIVIDADE NA MAIOR PARTE DO DIA.
- Os critérios menores: Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias; Perda ou ganho de peso sem estar de dieta, com diminuição ou aumento significativo do apetite (normalmente os pacientes idosos perdem peso); Insônia ou excesso de sono; Agitação ou retardo psicomotor – no idoso observamos mais frequentemente o retardo psicomotor (inquietação ou lentidão); Fadiga ou perda de energia (um dos sintomas mais presentes); Capacidade reduzida de concentração ou de tomar decisões; Pensamentos de morte recorrentes, ideia de suicídio com ou sem plano específico para cometer suicídio.
 - O idoso não costuma ter ideias suicidas, mas se ele chegar se queixando de ideia suicida tenha cuidado, pois o índice de êxito é alto.

Além disso, nós temos que excluir os distúrbios mistos que seria: quadro de ansiedade; quadro de transtorno obsessivo compulsivo; bipolaridade; a queixa de humor tem que trazer distúrbio na funcionalidade do paciente; tem que excluir as causas medicamentosas, por isso é importante saber quais os medicamentos que aquele paciente está tomando; se o paciente faz uso de álcool; e deve-se excluir também a questão do luto.

Classificação:

Nós classificamos a depressão em dois grandes quadros: Depressão maior e Depressão menor.

No idoso nós fazemos mais o diagnóstico de depressão menor.

A depressão maior é quando tem um ou dois dos critérios maiores associado com 4 ou mais critérios menores. Já a depressão menor é quando se tem pelo menos 1 dos critérios maiores e de 1 a 3 dos critérios menores.

Particularidades do Paciente Idoso:

- Os sintomas frequentemente não são referidos – eles costumam achar que aqueles sintomas são normais da idade.
- Existem muitas queixas somáticas como, por exemplo: dor; mal estar gástrico; insônia.
- Anedonia é a queixa mais frequente.
- Alteração do sono (difícilmente eles terão um quadro de hipersonia)
- São pacientes fadigados, desanimados.
- Retardo psicomotor.
- Diminuição do interesse pela vida.
- Alterações de memória; Dificuldade de concentração.
 - Essa alteração de memória junto com a dificuldade de concentração pode levar a uma alteração do teste, principalmente na parte de função cognitiva e executiva.

As queixas somáticas que vemos corriqueiramente são as seguintes:

- Dores no corpo inteiro
- Distúrbios gastrointestinal (diarreia, vômitos)
- Dispnéia

- Taquicardia, palpitações
- Incontinência urinária
- Disúria
- Comprometimento cognitivo
- Sintomas psicóticos – começam a apresentar quadros de alucinação visual, auditiva
- Agitação
- Síndromes neurológicas – tontura do tipo atordoamento (ex: “cabeça pesada”, “cabeça oca”)

Escalas de Depressão

Como já foi dito, o DSM IV não foi feito para paciente idoso, mas é usado no idoso sendo um dos critérios utilizados para diagnosticar os quadros depressivos.

Existem algumas escalas geriátricas que costumamos utilizar para diagnosticar depressão como, por exemplo, **escala da Hamilton, escala de Beck e o GDS** (escala de depressão geriátrica – a mais utilizada por ser menor).

Existem dois tipos de **GDS**: o GDS 15 e o GDS 30

- GDS 15 → são 15 perguntas que você deve fazer ao idoso e ele vai responder SIM ou NÃO.
 - Sensibilidade – em torno de 80%
 - Especificidade – em torno de 80%
 - Ponto de corte – 5
 - Paciente que pontua 5 está com diagnóstico de depressão
 - 5 → depressão leve
 - 6 a 9 → depressão moderada
 - Acima de 10 → depressão grave
- O livro de geriatria diz o seguinte: a partir de 5 pontos sugere um quadro depressivo; entre 8 e 9 – depressão moderada; acima de 10 - depressão grave.
- As perguntas são as seguintes:
 - 1. Você está satisfeito com sua vida?
 - 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?
 - 3. Sente que sua vida está vazia?
 - 4. Sente-se freqüentemente aborrecido?
 - 5. Na maioria do tempo está de bom humor?
 - 6. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?
 - 7. Sente-se feliz na maioria do tempo?
 - 8. Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado?
 - 9. Prefere ficar em casa em vez de sair?
 - 10. Acha que tem mais problemas de memória que os outros?
 - 11. Acha bom estar vivo?
 - 12. Sente-se inútil/desvalorizado?
 - 13. Sente-se cheio de energia?
 - 14. Acha que essa situação é desesperadora?
 - 15. Acha que as outras pessoas estão melhores que você?

Diagnosticos Diferenciais:

- Luto
 - Ansiedade
 - Demência
 - Distímia
- Nós falamos em diagnostico diferencial, mas muitas vezes essas doenças se associam. Às vezes o paciente tem um pouco de cada coisa.
- Com relação ao luto os livros dizem que você tem de 2 a 6 meses pra se recuperar – passou desse tempo não é mais luto, e sim, depressão.
- A gravidade do luto vai depender do grau de contato que o paciente tem com o falecido, se a morte foi súbita ou não, se deu tempo de despedir-se e o grau de preparo para aquela morte.

↳ São aqueles pacientes pessimistas, os sintomas são menos severos, pacientes que já tem esse quadro a mais de 2 anos. Pacientes que não tem ânimo para fazer as coisas e normalmente tem inicio na idade adulta. Dificilmente você fará diagnostico de distímia que não tenha começado na fase adulta.

Mesmo que a ansiedade entre na escala de depressão, existe uma escala para ansiedade. Normalmente está associada com a depressão – 4% dos quadros de depressão está associado a um quadro de ansiedade.

Uma coisa que ajuda a diferenciar é que o ansioso tem insônia na parte inicial do sono. E o que leva a pensar em depressão é o mesmo que já foi dito anteriormente: a perda de prazer em fazer as coisas, fadiga, etc.

O diagnostico mais difícil de ser feito é para diferenciar depressão de demência leve, pois as vezes elas se interpõe. De 10 a 30% dos paciente com Alzheimer vão preencher os critérios de depressão maior ate porque muitos sintomas do Alzheimer é a apatia e as vezes nós interpretamos essa apatia como tristeza, como falta de interesse, classificando-o com um quadro de depressão maior. Ate 80% tem associação com demência leve – são aqueles pacientes que ainda conseguem saber o que está acontecendo, normalmente são pacientes que tem um quadro de depressão associado pela própria doença.

- Tudo isso para dizer que ambas alteram a cognição, o comportamento e a funcionalidade.

A professora começa a falar de uma tabela sobre os principais diagnósticos para diferenciar demência de depressão!!! Essa tabela eu mesma que fiz, mas assim que conseguir os slides eu coloco aqui!!

| DEMENCIA | DEPRESSÃO |
|--|--|
| A família não percebe a doença | A família percebe que tem algo errado |
| Começo insidioso – não consegue determinar com precisão quando começou | Sabe quando começou |
| Longa duração dos sintomas | Início rápido dos sintomas |
| Não tem antecedente de depressão | Historia de depressão positiva |
| Não se queixa da memória | Queixa-se da memória |
| Paciente está despreocupado | O paciente está sempre preocupado |
| Paciente faz queixas vagas | Paciente queixa-se detalhadamente – ele consegue contar em detalhes o que está acontecendo |
| Paciente fica feliz quando consegue fazer alguma coisa | Paciente mostra a dificuldade que tem em realizar alguma tarefa |
| Tem uma piora noturna – costuma ficar mais agitado | Isso não ocorre no paciente deprimido |
| Resposta típica de um paciente demenciado: “estava na ponta da língua, mas perdi!” | Resposta: “não...eu não sei!” |
| Baixo desenvolvimento em testes psicotecnicos | Varia muito |
| Tem Apraxia/Adenosia | Não tem |
| Costuma trocar palavras e não percebe que isso está acontecendo | O deprimido vê que trocou a palavra e ele mesmo se corrige |
| Não tem sentimento de culpa | Tem sentimento de culpa |

Algumas doenças associadas que podem causar depressão:

- Achados comuns em doentes idosos com depressão
 - 50% dos idosos deprimidos ambulatoriais fazem algum tipo de doença própria. Dificilmente você vai ter um paciente que esteja tratando apenas depressão.
 - Algumas doenças podem levar a um quadro depressivo, por exemplo: Parkinson; Hipotireoidismo; Deficiência de Vitamina B₁₂
 - Essas comorbidades estão associadas com o prognóstico do paciente.

PARKINSON:

De todas as doenças é a que está mais associada com o quadro depressivo.

Ate 70% dos pacientes que tem Parkinson eles vão ter depressão associada – depois de 2/3 anos de evolução da doença o paciente inicia o quadro de depressão. É difícil de fazer o diagnóstico diante de todo aquele atraso psicomotor, daquela lentidão, que o a Doença de Parkinson causa.

A causa provável é devido a esses neurotransmissores – tanto a diminuição da dopamina como da serotonina contribui para ele ter esse quadro depressivo associado.

Quais são as doenças que podem causar depressão?

- Hipotireoidismo
- Síndrome de Cushing
- Infecções virais (HIV)
- Deficiência da adrenal
- Neoplasias (tanto pela neoplasia quanto por aquele paciente saber que está com CA)
- Doença cerebrovascular, exemplo: AVCi está muito associada com o quadro de depressão
- Pacientes que tiveram IAM
- Pacientes com Deficiência de Vitamina B₁₂

Quais as medicações que podem causar depressão?

- Antiinflamatórios / Analgésicos
- Sulfonamidas
- Anti hipertensivos
 - Metildopa São medicação que atravessam a barreira hematoencefalica atuando no SNC. E alem da depressão podem causar distúrbio cognitivo
 - Propranolol
- Medicações Anti-Parkinsonianas
 - Levodopa
- Benzodiazepínicos (uso crônico)
- Aldol
- Anfetaminas (para emagrecer)
- Hormônios (alguns)
- Corticoide
- Anti-neoplásicos

TRATAMENTO:

O tratamento é a base de medicação; psicoterapia; atividade física.

Nós sabemos que o tratamento da depressão é eficaz em pacientes com doenças físicas e concomitantes e podem reduzir significativamente a incapacidade daquele paciente. Pois se você trata a depressão você vai conseguir tratar melhor o DM, a HAS, diminuindo assim a morbidade que essas doenças causam. E toda vez que for começar o tratamento anti-hipertensivo, avaliar o risco de cada medicação que você vai utilizar para evitar interação medicamentosa.

A psicoterapia é 50% do tratamento. E a medicação é 50% do tratamento. Então o ideal é que você faça os dois combinados (Psicoterapia + Farmacoterapia)

As vezes na depressão leve você pode tentar apenas a psicoterapia, mas a partir da moderada tem que fazer a associação com o medicamento. E que alem disso, combine com a atividade física, já que ela aumenta os níveis de serotonina, melhorando assim a depressão.

Levar sempre em consideração tratamentos prévios. Paciente que teve depressão quando era jovem e fez uso da **fluoxetina** e respondeu muito bem ao tratamento, e se tem depressão na fase idosa inicia o mesmo tratamento que foi feito anteriormente.

A medicação tem que ser escolhida de acordo com as comorbidades que aquele paciente apresenta. E de acordo com os efeitos colaterais daquela medicação.

Atenção → LEMBRAR SEMPRE DA MEDIÇÃO COM A PSICOTERAPIA!!!!

Como já foi falado, deve-se prestar bastante atenção nos efeitos colaterais das drogas. É por isso que normalmente não se usa os tricíclicos já que tem muito efeito colateral no idoso.

Orientar o paciente sobre o período que aquele medicamento vai começar a fazer efeito. Nós sabemos que os medicamentos depressivos só vão começar a fazer efeito depois de 45 dias. Então até lá o paciente vai ter pouca ou nenhuma melhora dos sintomas. Em compensação ele vai ter todos os efeitos colaterais – então o paciente tem que está ciente disso.

O tratamento mínimo é de 6 meses. E se é um paciente que já teve depressão na fase adulta ele vai ter que usar aquele medicamento para sempre.

Lembrando que o tratamento farmacológico vai atuar nas sinapses aumentando tanto a noradrenalina quanto a serotonina e a dopamina.

Quais as classes desses medicamentos?

- Inibidores da MaO – causam muito efeito colateral, principalmente hipertensão maligna
 - Costuma-se usar em pacientes jovens e em casos específicos, mas em paciente idoso não é bom usar.
- Tricíclicos
 - Foram criados em 1950
 - Uma das primeiras drogas realmente chamadas de antidepressivos
 - O problema dela é que ela bloqueia a serotonina, a dopamina (em menor grau) e a noradrenalina. Isso vai fazer com que se tenha muitos efeitos colaterais pois elas vão atuar nos receptores colinérgicos muscarínicos.
 - Efeitos: visão turva; boca seca; déficit cognitivo; retenção urinária; constipação.
 - Efeitos caso atuem nos receptores H1: sonolência; ganho de peso.
 - Efeitos atuando nos receptores adrenérgicos alfa-1: tontura; hipotensão.
 - Efeitos atuando nos canais de sódio do coração e cérebro: arritmias; parada cardíaca e convulsões nos casos de super dosagem.
 - Dos tricíclicos os mais utilizados são: amitriptilina; clomipramina; imipramina; maprotilina e nortriptilina. Em idosos, o mais indicado é a nortriptilina, por apresentar menos efeitos colaterais.
 - A nortriptilina possui janela terapêutica entre 50ng/ml e 150 ng/ml, sendo importante o acompanhamento da dosagem sérica.
- Inibidores de recaptação de serotonina
 - São os mais usados por apresentar baixos efeitos colaterais no idoso.
 - Efeitos colaterais: agitação; insônia; náuseas; vômitos; sintomas gastrointestinais; perda de peso (nos primeiros 2/3 meses); disfunção sexual; síndrome apropriada do ADH.
 - Exemplos: citalopram; escitalopram; fluoxetina; sertralina; paroxetina.
 - A fluoxetina é a grande questão. Ela tem uma metabolização hepática, então ela vai interagir com qualquer outra coisa que o paciente esteja tomando. E se você parar de tomar a droga hoje, ela ainda vai fazer efeito durante 15 dias. E de todas é a que tem mais efeito colateral, mas se é a única opção que nós temos, vamos ter que usar assim mesmo.
 - A paroxetina é usada mais quando o paciente apresenta quadro de ansiedade.
 - De todos o **escitalopram** é o melhor, pois tem menos efeito colateral, menos interação medicamentosa. Porém é mais caro que o citalopram que é mais caro que a sertralina.
 - Diante disso a sertralina é muito utilizada, já que é a mais estudada, é mais antiga e não costuma ser tão cara.

- Inibidores de recaptação de noradrenalina
 - “Além de melhorarem o humor, também agem sobre a apatia, fadiga e lentificação psicomotora, melhorando o funcionamento social. Esta não é uma terapêutica de primeira escolha para a depressão, porém pode ser utilizada quando outros antidepressivos já foram tentados sem sucesso e nos casos mais graves. A substância padrão dessa classe é a **reboxetina**”. (retirado do livro de geriatria)
- Inibidores de recaptação de noradrenalina e serotonina – são os chamados de DUAIS
 - São bem utilizados, principalmente quando o paciente tem quadro de dor associado.
 - Alguns deles podem levar ao bloqueio DOPA, dentre eles a **duloxetina**
 - Efeitos: são sempre gastrointestinais; insônia; constipação; hipotensão postural; hipertensão arterial; taquicardia
 - São pacientes que tem quadro de insuficiência cardíaca, pacientes coronarianos
 - Normalmente usamos os DUAIS mais para pacientes que está um pouco mais apático – pois como eles tem noradrenalina costumam dar um vigor a mais para o paciente.
 - Exemplos: adenofaxine; **pessoal, ela falou o nome de mais dois mas eu não entendi e nem tenho os slides aqui. Quem quiser ouvir o áudio o tempo é de 41:10 – 41:15.**
 - Todos esses medicamentos tem que ter cuidado na hora de retirar – deve-se fazer o desmame dessas medicações para não ter efeito rebote.
 - Essa classe de medicamentos não pode ser usada em pacientes cardíacos em insuficiência cardíaca e insuficiência coronariana.

Alguns outros depressivos:

- **Trazodona** (inibidor da recaptação de antagonista da serotonina) não é um bom antidepressivo. Normalmente é utilizado para pacientes com insônia grave. Pois não tem os mesmos efeitos que os benzodiazepínicos trazem. Utilizado principalmente para pacientes demenciados. Além disso, pode ser usado em associação com outro antidepressivo.
- **Mirtazapina** (inibidor de recaptação de noradrenalina e serotonina). Ela é boa para aquele paciente que está emagrecido, depressivo e que tem insônia. Pois, o principal efeito colateral aumento de peso e sono.
- **Bupropiona** (inibidor de recaptação de noradrenalina e dopamina). É a droga que causa menos disfunção sexual. O problema dela é que ela dá muita ansiedade no início do tratamento e pode causar HAS.
 - **Normalmente é utilizada para fumantes que querem parar de fumar.**
- **Eletroconvulsoterapia (ECT):**
 - Foi abolida durante um tempo, mas cada vez mais os estudos estão provando que é uma forma segura de tratamento para depressão.
 - Reservada para casos mais graves – idosos que estão catatônicos que não conseguem mais comer; idosos que tem ideias suicidas; que você quer um tratamento rápido.
 - Tem resposta em mais ou menos duas semanas.
 - É feita de 6 a 12 sessões
 - Contra-indicada em casos de AVE e IAM recentes
 - Efeitos logo após a ECT: sonolência; agitação; confusão mental
 - O paciente recebe anestesia geral (sem precisar ser intubado), por isso que tem que passar por uma avaliação cardíaca. E aí, ele leva um choque mais ou menos na região temporal e parietal.

Curso da Depressão:

O tratamento do idoso tem o mesmo benefício do tratamento do jovem. Eles respondem muito bem ao tratamento. Porém tem uma maior morbidade e maior mortalidade devido as comorbidades que esse paciente apresenta.

Sinais de Mau Prognóstico:

- Pacientes que tem problemas graves de saúde física
- Mulheres
- Pacientes demenciados – sequelados por AVC
- Depressões recorrentes
- Pacientes com ideias suicidas
- Quando tem sintomas a mais de 2 anos
- Já teve 3 ou mais episódios de depressão
- Quando mais tarde começar esse quadro depressivo pior o prognóstico

ATENÇÃO SEMPRE PARA O RISCO DE SUICÍDIO!!!!

- Normalmente são homens que já tentaram alguma vez se matar
- Doença física concomitante
- Pacientes ansiosos; agitados
- Pacientes dependentes de álcool
- Se sente muito inútil
- E por não ter um tratamento adequado

CASO CLÍNICO:

Dona Letícia, 68 anos, previamente hígida e funcional com escolaridade de 8 anos. Veio trazida pelo marido, pois está muito preocupado com a situação da esposa. A paciente refere que há um ano está com dificuldade para dormir, cansada, sem apetite, esquece fatos recentes, dores nas articulações e mal estar. Já procurou PS inúmeras vezes. O marido complementa que ela pergunta várias vezes a hora e o dia da semana, mas não interfere no dia a dia da paciente. Relata que tudo começou após a mudança de cidade.

Sem falar do exame físico, o que está faltando nesse caso clínico para completar o raciocínio clínico? Falta saber a funcionalidade, o GDS e o MEEM.

Continuando o caso: está com ABVD de 6; AIVD de 7/8 (não está mais tomando os remédios sozinha); MEEM de 28 (perdeu 2 pontos na parte de orientação temporal) e o GDS de 10.

Hipótese diagnóstica: Depressão Grave

Conduta: psicoterapia + medicamento + atividade física → orientar os efeitos colaterais e dizer que só vai existir melhora após 45 dias de uso do medicamento.