

Nota Técnica 37/2015

ECT no tratamento do Transtorno Esquizoafetivo

SOLICITANTE	Juíz de Direito: Dr. Arnaldo Assis Ribeiro Júnior 5ª Unidade Jurisdicional Cível do Tribunal de Justiça de Minas Gerais
NÚMERO DO PROCESSO	Nº Processo: 9054506.33.2015.813.0024
DATA	17/08/2015
SOLICITAÇÃO	<p>Ofício Nº: 207/2015 Sr(a). Diretor(a), Pelo presente, extraído dos autos em epígrafe, solicito a V.Sá. que preste informações técnicas acerca do procedimento médico ELETROCONVULSOTERAPIA no tratamento de paciente portador de TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO, no prazo de 48 horas, visando subsidiar a análise do pedido de urgência contido na petição inicial. Cordialmente,</p> <p>Juiz de Direito: ARNOLDO ASSIS RIBEIRO JÚNIOR</p>

<p>TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO</p>	<p>Os Transtornos Esquizoafetivos, doenças mentais do espectro das psicoses, descritos no CID 10 com o código F25, são transtornos episódicos nos quais ambos os sintomas, alteração do humor e sintomas psicóticos, são proeminentes simultaneamente dentro da mesma doença. Apesar de descrito como uma categoria diagnóstica separada no CID 10 relaciona-se de forma muito próxima seja com os transtornos esquizofrênicos, seja com os transtornos afetivos típicos. No CID 10, um terceiro dígito é usado para especificar o episódio atual da doença de acordo com a sintomatologia predominante.</p>
<p>TRATAMENTO DO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO</p>	<p>Como existem poucos estudos específicos envolvendo o tratamento do transtorno esquizoafetivo, na prática clínica o tratamento desta doença é estabelecido a partir de estudos concernentes ao tratamento da esquizofrenia e do transtorno afetivo bipolar. Assim sendo, o tratamento farmacológico de primeira linha para o transtorno esquizoafetivo é com agentes antipsicóticos que pode estar ou não associados a estabilizadores do humor e antidepressivos.</p> <p>Dentre os agentes antipsicóticos, destacam-se os antipsicóticos tradicionais (ou de primeira geração) como o Haloperidol e Clorpromazina. De acordo com a OMS, os medicamentos essenciais para o tratamento dos transtornos psicóticos são a Clorpromazina, o Haloperidol e a Flufenazina de liberação prolongada. São indicados por pertencerem a uma classe de medicamentos cujos dados probatórios de eficácia e segurança são os melhores e mais vastamente conhecidos. Assim sendo, consiste no Brasil no tratamento de primeira linha para a esquizofrenia e doenças similares, sendo que o medicamento de ação prolongada está reservado aos casos onde há dificuldade de adesão ao tratamento.</p> <p>Os antipsicóticos de primeira geração causam, contudo, alguns efeitos colaterais indesejáveis, como sintomas extrapiramidais (acatisia, parkinsonismo, etc), hiperprolactinemia e sedação. Com frequência estes estão associados ao abandono ou não adesão ao tratamento. Com o objetivo de minorar estes efeitos, foram desenvolvidos os antipsicóticos de segunda geração (ou atípicos), como a Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol e Clozapina. Com exceção da Clozapina, não existe diferença substancial no que se refere à eficácia dos diversos antipsicóticos disponíveis no Brasil.</p> <p>A maioria dos pacientes apresenta uma melhora substancial dos sintomas em resposta ao uso de agentes antipsicóticos. Contudo, para muitos a melhora clínica não é relevante e um percentual</p>

significativo de pacientes evolui com sintomas residuais resistentes ao tratamento.

Estratégias de enfrentamento da não resposta clínica a um antipsicótico incluem ajustes e aumento de dosagem do antipsicótico, mudança para um segundo agente antipsicótico, uso da Clozapina e potencialização do antipsicótico com associação de outro psicofármacos.

Considerando a relevância das alterações de humor presentes nos Transtornos Esquizoafetivo, impõe-se como primeira opção de tratamento de casos resistentes aos antipsicóticos em monoterapia a associação de um agente antidepressivo ou de um estabilizador do humor. Entre os diversos antidepressivos disponíveis, a primeira escolha recai nos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), como a Fluoxetina, Sertralina, Citalopran, Paroxetina ou Escitalopran. Carbonato de lítio, Valproato de sódio, Carbamazepina, Topiramato têm comprovada eficácia no tratamento de sintomas afetivos mistos e de mania.

O manejo da agressividade e da agitação psicomotora inclui a investigação de fatores ambientais e sociais desencadeantes, a abordagem não farmacológica, a contenção mecânica e a contenção química. A contenção química de episódios de agitação psicomotora é feito com antipsicóticos de primeira geração (Haloperidol) ou com Benzodiazepínicos (Midazolam ou Lorazepam). Em alguns casos mais graves está indicada a associação de um benzodiazepínico ou da Prometazina ao antipsicótico. Antipsicóticos atípicos são uma alternativa de menor eficácia no controle destes quadros. Não foram encontradas na literatura evidências minimamente consistente para indicação do ECT no tratamento da agitação psicomotora ou agressividade, seja em caráter de urgência, seja como estratégia terapêutica em médio prazo.

Quando um paciente psicótico parece ser resistente ao tratamento farmacológico, ele deverá ser cuidadosamente avaliado em relação a possíveis causas de pseudo-resistência:

- Comorbidade de outros transtornos psiquiátricos, doenças clínicas ou neurológicas;
- Não adesão ao tratamento farmacológico;
- Uso concomitante de álcool e drogas;
- Efeitos colaterais proeminentes aos medicamentos usados;
- Interação dos psicofármacos com outros medicamentos em uso com potencial de causar diminuição dos níveis séricos de psicofármacos;
- Presença de estressores psicossociais.

Assim sendo, antes de se constatar a refratariedade ao tratamento farmacológico recomenda-se:

- Diagnóstico e tratamento de possíveis comorbidades;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Garantir abstinência de álcool e drogas; ○ Tratamento de possíveis efeitos colaterais indesejáveis; ○ Avaliação rotineira dos níveis séricos dos medicamentos prescritos; ○ Utilização de antipsicótico de depósito; ○ Otimização do tratamento farmacológico com associação de abordagens não farmacológicas consistentes tais como intervenção e apoio a família, orientação sistemática ao paciente no que se refere a sua doença e sensibilização quanto a necessidade de tratamento, psicoterapia individual e comunitária, medidas de reabilitação psicossocial. <p>O ECT deve ser considerado uma alternativa terapêutica para um transtorno esquizoafetivo apenas quando esgotadas as diversas outras possibilidades terapêutica e nos casos onde são proeminentes no quadro clínico sintomas de mania ou depressivos severos.</p>
<p>ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT)</p>	<p>Histórico e Considerações gerais:</p> <p>A eletroconvulsoterapia consiste na aplicação de uma corrente elétrica breve no cérebro através de eletrodos posicionados uni ou bilateralmente no crânio. A passagem da corrente elétrica induz uma crise convulsiva generalizada.</p> <p>Método terapêutico instituído formalmente na prática psiquiátrica em 1938, a terapêutica por eletrochoque propagou-se rapidamente. Inicialmente proposto como uma panaceia e aplicado sem uso de anestesia, algumas vezes utilizado como mecanismo de coerção, relacionado a efeitos colaterais importantes, incluindo fraturas e déficits cognitivos, descrito por pacientes como uma experiência de intenso sofrimento ou mesmo terror, o uso do eletrochoque foi logo duramente criticado. Entrou em desuso na década de 70, mas volta a ser utilizado na psiquiatria a partir da década de 80, de forma mais criteriosa e dentro de novos parâmetros.</p> <p>Apesar de todos os anos de uso do ECT pela psiquiatria, resta ainda um número considerável de incertezas a seu respeito. Assim, a indicação de ECT é ainda polêmica e controversa mesmo no meio científico, devendo ser usado com cautela, em circunstâncias clínicas bem restritas.</p>

Mecanismo de ação e eficácia:

A administração do ECT causa, pela intermediação de uma crise convulsiva necessária aos efeitos terapêuticos, um grande número de modificações químicas e biológicas no cérebro. Contudo, a grande maioria destas é provavelmente desprovida de qualquer propriedade terapêutica. Muitas teorias têm sido propostas, mas, apesar dos muitos anos de sua utilização na prática psiquiátrica e de achados no sistema nervoso central consequentes ao uso do ECT, seu(s) mecanismo(s) no tratamento de transtornos mentais ainda permanece(m) desconhecido.

O ECT é hoje um procedimento de eficácia comprovada no tratamento de alguns transtornos mentais específicos, principalmente na depressão grave. Contudo, estudos ainda demonstram fragilidade no que se refere à definição da amplitude desta eficácia uma vez que são muitas as variáveis que interferem na eficácia e no perfil de efeitos colaterais do tratamento eletroconvulsoterápico. Dentre estes fatores, cita-se a qualidade do e a voltagem do aparelho usado, se é usada corrente elétrica uni ou bilateral, o intervalo entre as aplicações, entre outros. Estudos comparativos em relação à eficácia do ECT e do tratamento farmacológico são poucos consistentes. Algumas conclusões iniciais apontam que o ECT em monoterapia não é mais efetivo que os agentes antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia podendo mesmo ser menos eficaz. Evidências científicas frágeis indicam melhor resposta clínica a farmacoterapia associada ao ECT do que a farmacoterapia isolada.

Indicações:

A principal indicação da eletroconvulsoterapia é no tratamento de quadros depressivos severos e não responsivos ao tratamento farmacológico.

De acordo com publicações americanas, o ECT está também indicado no tratamento de outras condições psíquicas graves, incluindo o Transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia, o transtorno esquizoafetivo, a catatonia e síndrome neuroléptica maligna.

No entanto, o Instituto Nacional de Excelência Clínica do Reino Unido (NICE) tem indicações mais estritas para utilização do ECT. Segundo o NICE, o ECT está indicado somente para transtornos depressivos graves, em episódios severos e prolongados de mania ou para pacientes com catatonia. Com as atuais evidências científicas disponíveis, o NICE não recomenda o uso corriqueiro do ECT no tratamento da esquizofrenia e demais psicoses.

Não foram encontradas evidências científicas minimamente consistentes que corroborem a indicação do ECT no tratamento de episódios de agitação psicomotora ou de agressividade. O ECT não está indicado para paciente que não apresentaram resposta prévia a este tratamento.

O ECT deve ser usado com o objetivo de alcançar uma melhora rápida e a curto prazo de sintomas severos, sempre depois de esgotados todos demais recursos terapêuticos ou quando o quadro clínico é de gravidade tal que coloca em risco a vida do paciente. Sessões são realizadas de duas a três vezes por semana e geralmente ocorre resposta clínica com 6 a 12 sessões. Eventualmente pode ser necessário um número maior de sessões.

Apesar de indicado no Brasil e nos Estados Unidos enquanto terapia de manutenção, para prevenir recaídas, o NICE alerta que não existe comprovação científica de sua eficácia no tratamento em longo prazo de transtornos mentais.

Apesar de muito utilizado na iniciativa privada, assim como no Brasil, são poucos os serviços de saúde pública dos Estados Unidos e Brasil que oferecem esta modalidade terapêutica.

Efeitos colaterais:

Déficit cognitivo é o principal efeito colateral do ECT. O ECT está associado basicamente a três tipos de comprometimento cognitivo: quadro confusional agudo e transitório, amnésia anterógrada (dificuldade em reter informações novas) e amnésia retrógrada (dificuldade em lembrar informações antigas). Enquanto alguns dos danos cognitivos causados pelo ECT são temporários e tendem a desaparecer em até duas semanas após interrupção do tratamento, outros podem permanecer em longo prazo, principalmente amnésia retrógrada, com déficit lacunar de memória referente ao período imediatamente antes até pouco depois do tratamento.

A etiologia e magnitude do comprometimento cognitivo em longo prazo associado ao ECT ainda é controverso. Enquanto alguns autores minimizam esses danos em longo prazo, alegando que são danos leves ou mesmo inexistentes, outros associam o ECT a lesões cerebrais com déficit cognitivo severo a longo prazo. A real dimensão dos efeitos adversos concernentes à função cognitiva ainda carecem de evidências científicas consistentes.

Outros efeitos adversos incluem: eventos cardiovasculares, pneumonia por aspiração, dores de cabeça, náusea, mialgia. Fraturas e lesões na língua e arcada dentária – estes dois últimos praticamente inexistentes com o advento do uso da anestesia geral e relaxantes musculares.

A principal causa de mortalidade relacionada ao ECT é por problemas cardiovasculares. O risco de morte é o mesmo associado a pequenas cirurgias com uso de anestesia geral.

Cuidados necessários:

Seja pelas características do procedimento em si, seja pela necessidade de utilização de anestesia geral, antes de se decidir pela aplicação do ECT é necessária uma avaliação psiquiátrica e clínica cuidadosa com os seguintes objetivos:

- Determinar se o ECT está indicado ou não;
- Estabelecer funcionamento cognitivo prévio para servir de base para avaliação de possíveis danos cognitivos posteriores;
- Identificar e tratar condições clínicas associadas ao aumento de risco do ECT: recomenda-se o levantamento da história clínica do paciente, avaliação física e neurológica adequada incluindo avaliação dentária e realização de exames complementares indicados a partir da história clínica e achados do exame físico.
- Adequar dose de outros medicamentos em uso cujos efeitos podem sofrer ação do ECT ou da anestesia geral.

Aspectos legais:

Conforme recomendação da OMS, hoje é mundialmente aceito que o ECT só deverá ser utilizado mediante consentimento informado do paciente ou de seu responsável legal, quando o paciente encontra-se mentalmente incapacitado de tomar decisões sobre seu tratamento. Depois de receber orientações claras e completas acerca do tratamento proposto e dos possíveis benefícios e riscos envolvidos, o paciente (ou seu representante, no caso de incapaz) deverá decidir, sem qualquer tipo de coerção, se consente ou não com o tratamento, assinando documento específico (Termo de consentimento informado). A OMS recomenda também de maneira enfática que o ECT somente seja aplicado mediante uso de anestesia geral com relaxantes musculares.

Em Minas Gerais, o parágrafo 1º e 2º do artigo 4º da lei estadual nº 11802 de 18 de janeiro de 1995 regulamenta a utilização da eletroconvulsoterapia no estado:

§ 1º -- A eletroconvulsoterapia será realizada exclusivamente em unidade de internação devidamente aparelhada, por profissional legalmente habilitado, observadas as seguintes condições:

I -- indicação absoluta do tratamento, esgotadas as demais possibilidades terapêuticas;

II -- consentimento informado do paciente ou, caso seu quadro clínico não o permita, autorização de sua família ou representante legal, após o conhecimento do prognóstico e dos possíveis efeitos

	<p><i>colaterais decorrentes da administração do tratamento;</i></p> <p><i>III -- autorização do supervisor hospitalar e, na falta deste, da autoridade sanitária local, emitida com base em parecer escrito dos profissionais de nível superior envolvidos no tratamento do paciente.</i></p> <p><i>§ 2º -- Inexistindo ou não sendo encontrada a família ou o representante legal de paciente clinicamente impossibilitado de dar seu consentimento informado, a autorização de que trata o inciso II do § 1º será substituída por autorização fundamentada do diretor clínico do estabelecimento, sem prejuízo dos demais requisitos estabelecidos neste artigo. (Artigo com redação dada pelo art. 2º da Lei nº 12684, de 1/12/1997.)”</i></p>
<p>CONCLUSÃO</p>	<p>➤➤ Várias medidas terapêuticas além do uso de antipsicóticos típicos ou atípicos em monoterapia, precedem a indicação da eletroconvulsoterapia no tratamento de um Transtorno Esquizoafetivo;</p> <p>➤➤ Apesar de ter sua eficácia comprovada no tratamento de alguns transtornos mentais específicos, o ECT é um procedimento polêmico, cujos mecanismos de ação e dimensão dos efeitos colaterais relação risco/benefício ainda não estão devidamente elucidados;</p> <p>➤➤ Alguns cuidados são fortemente recomendados antes da realização do tratamento eletroconvulsoterápico ressaltando-se dentre eles avaliação do funcionamento cognitivo prévio do paciente e avaliação clínica, neurológica e dentária cuidadosa;</p> <p>➤➤ Conforme recomendado pela OMS e previsto em lei, é indispensável que paciente e família sejam devidamente esclarecidos quanto ao procedimento indicado, com a assinatura de termo de consentimento informado pelo paciente ou por seu responsável legal – no caso de paciente que não se encontram em condições mentais de responder por si,.</p> <p>Recomendação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir das informações disponíveis em relatório médico, não é possível decidir pela indicação do ECT. • Caso se comprove a indicação do procedimento solicitado, é necessária observação dos cuidados acima citados, incluindo a assinatura do Termo de

	<p>Consentimento Informado.</p>
<p>REFERENCIAS</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Charles Kellner, MD: “Overview of electroconvulsivetherapy (ECT) for adults” ; Literature review current through jul/15; Topic last updated Mai/2015. Disponível em: www.uptodate.com2. DynaMed: “Schizoaffecitve disorder/Treatment”; updated 25/jun/2015. Disponível em: https://www.ebscohost.com/dynamed3. Greenhalgh J, Knight C., Hind D , Beverly C & Walter S. : “ Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: Systematic reviews and economic modelling studies”; Health Technol Assess. 2005, mar 9/9 1-1564. Gregory Moore, MD, JD & James A. Pfaff: “Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adults”; Literature review current through jul/2015; Topic last updated jul/2015. Disponível em: www.uptodate.com5. John Kane, MD, Taishiro Kishimoto, MD & Christoph U Correll, MD : “Treatment-resistant schizophrenia” ;Literature review current through: Jul 2015; Topic last updated: Jan 29, 2015 Disponível em: www.uptodate.com6. L.C. Quarantini: E.P. Sena e I.R de Oliveira : “Tratamento do Transtorno Esquizoafetivo” ; Revista de Psiquiatria Clínica, 32sup/89-97; 20057. Lei Estadual nº11802 de 18 de janeiro de 19958. Livro de Recursos da Organização Mundial de Saúde sobre Saúde

	<p>Mental, Direitos Humanos e Legislação. OMS, 2005</p> <p>9. Ministério da Saúde: “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde – Esquizofrenia Refratária” ; Portaria SAS/MS nº 846, de 31 de outubro de 2002</p> <p>10. National Institute of Health and Care Excellence: “Guidance on the use of electroconvulsive therapy”; NICE Technology appraisal guidance-TA59; April/2003. Disponível em: https://www.nice.org.uk/</p> <p>11. National Institute of Health and Care Excellence: “Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management”; NICE Guidelines -CG178, February/2014. Disponível em: https://www.nice.org.uk/</p> <p>12. National Institute of Health and Care Excellence: “Violence and aggression: short-term management in mental health and community setting”; NICE Guideline -- NG 10., may/2015. Disponível em: https://www.nice.org.uk/</p> <p>13. World Health Organization: “Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10” Ed Artes Medicas, Porto Alegres,1993.</p>
--	---

ANEXO:

CENTRO DE ATENÇÃO EM PSIQUIATRIA

RELATÓRIO

O Sr. [REDACTED] encontra-se em tratamento médico, internado nesta unidade, do dia 06/08/15 até hoje e ainda sem previsão de alta hospitalar.

O paciente apresenta um quadro psicótico agudo e grave, com delírios de cunho persecutório, episódios de agitação psicomotora e heteroagressividade, mudanças súbitas de humor, juízo crítico comprometido. Quadro caracterizado como urgência psiquiátrica com riscos evidentes para si mesmo e para terceiros. Solicitamos a liberação de 10 (dez) sessões de ECT (Eletroconvulsoterapia) sob narcose em caráter de urgência.

O paciente apresenta alterações psicopatológicas compatíveis com quadro de HD C1D F25.2 (Transtorno Esquízoafetivo tipo misto).

Paciente refratário aos tratamentos com antipsicóticos típicos e atípicos.

Belo Horizonte, 8 de agosto de 2015.