

O manejo da depressão maior unipolar com eletroconvulsoterapia

Management of unipolar major depression with electroconvulsotherapy

DOI:10,34119/bjhrv5n2-197

Recebimento dos originais: 14/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Nathalia Fim Meneguetti

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Univaço

Endereço: Rua Novo Hamburgo, 285, Veneza, Ipatinga, MG, Brasil

E-mail: nathaliafim@hotmail.com

Nilma Ferreira Lopes

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Univaço

Endereço: Rua Petrópolis, 60, Veneza, Ipatinga, MG, Brasil

E-mail: nilminhalopes@hotmail.com

Ahmad Ali Hijazi

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)

Endereço: Rua Doutor Jose Esteves Rodrigues, 15, apto 202, Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: ahmad_hijazii@outlook.com

Luana Hohelverger de Oliveira

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)

Endereço: Rua dos Guajajaras, 600, Centro, Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: luanahdeo@outlook.com

Adriane Ramalho da Silva

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)

Endereço: Rua Castelo de Avis, 65, Castelo, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

E-mail: adriane_ramalho@hotmail.com

Thais Isabel Braga de Castro

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)

Endereço: Rua Piemonte, 474, Bandeirantes, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

E-mail: thaisibcastro@gmail.com

Mariana Ali Silveira Berg

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Faculdade de Minas (FAMINAS-BH)

Endereço: Rua Desembargador José Satyro 315/501, Castelo, Belo Horizonte, Minas Gerais
Brasil, CEP: 30840-490

E-mail: marianaalisilveira@gmail.com

Gabriel Ferreira de Souza

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH)

Endereço: Rua Doutor José Esteves Rodrigues, 15, apto 202, Belo Horizonte, Minas Gerais
Brasil

E-mail: gabrielfs2000@live.com

José Flávio C. Dos Santos

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas)

Endereço: Rua Fernandes Tourinho, 221, apto 1805

E-mail: joseflaviodossantosmed@hotmail.com

Pedro Henrique Sulz Marx

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves

Endereço: Praça Dom Cristiano, 290, apto 103, Divinópolis, Residence Village Cathedral
MG, Brasil

E-mail: Peusulz@outlook.com

RESUMO

A eletroconvulsoterapia (ECT) usa uma pequena corrente elétrica para produzir uma convulsão cerebral generalizada sob anestesia geral, a ECT é usada principalmente para tratar a depressão grave, mas também é indicada para pacientes com outras condições psiquiátricas e médicas, a indicação primária para ECT é a depressão maior grave que ameaça a vida ou prejudica significativamente o funcionamento do indivíduo. A ECT também é indicada para pacientes com outras doenças, incluindo transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia e síndrome neuroléptica maligna. A ECT é o tratamento agudo mais eficaz e rápido para a depressão maior unipolar. A remissão ocorre em 70 a 90% dos pacientes que recebem ECT, com base em estudos randomizados. A ECT pode ser menos arriscada do que a medicação antidepressiva e antipsicótica para pacientes debilitados e com idade avançada. A melhora precoce após seis sessões de ECT parece estar associada à remissão até o final do tratamento.

Palavras-chave: eletroconvulsoterapia, depressão, tratamento, eficácia.

ABSTRACT

Electroconvulsive therapy (ECT) uses a small electrical current to produce a generalized cerebral seizure under general anesthesia, ECT is primarily used to treat severe depression, but is also indicated for patients with other psychiatric and medical conditions, the primary indication for ECT is severe major depression that threatens life or significantly impairs the individual's functioning. ECT is also indicated for patients with other illnesses, including bipolar disorder, schizoaffective disorder, schizophrenia, and neuroleptic malignant syndrome. ECT is the most effective and rapid acute treatment for unipolar major depression. Remission

occurs in 70 to 90% of patients receiving ECT, based on randomized trials. ECT may be less risky than antidepressant and antipsychotic medication for debilitated and elderly patients. Early improvement after six sessions of ECT appears to be associated with remission by the end of treatment.

Keywords: electroconvulsive therapy, depression, treatment, efficiency.

1 INTRODUÇÃO

A eletroconvulsoterapia (ECT) usa uma pequena corrente elétrica para produzir uma convulsão cerebral generalizada sob anestesia geral. A ECT é usada principalmente para tratar a depressão grave, mas também é indicada para pacientes com outras condições psiquiátricas e médicas¹. A ECT é amplamente praticada em todo o mundo, uma pesquisa prática de 1988-89 estimou que pelo menos 100.000 pacientes nos Estados Unidos receberam ECT anualmente. O paciente típico de ECT nos EUA é relativamente rico e recebe ECT em uma instituição psiquiátrica do setor privado². Os hospitais estaduais raramente oferecem o tratamento, embora muitos dos pacientes atendessem às indicações de ECT.

A eficácia e segurança da ECT está bem estabelecida. No entanto, permanece controverso e estigmatizado devido à desinformação e percepções ultrapassadas sobre como o tratamento é realizado. Em estudos de pesquisa, os pacientes que recebem ECT normalmente têm a média da Escala de Hamilton para Depressão pontuações superiores a 30. A grande maioria dos pacientes recebe ECT porque eles não respondem ou toleram testes de medicação antidepressiva^{1,2}. Não há critérios estabelecidos para o número ou duração de testes de drogas mal sucedidos antes de iniciar a ECT². Os médicos devem considerar a ECT para pacientes que falham em dois ou três testes de medicação antidepressiva e permanecem gravemente deprimidos por vários meses.

A ECT fornece uma resposta clínica rápida e pode, portanto, ser indicada como tratamento de primeira linha em certas situações clínicas urgentes³, tais como risco de suicídio, psicose grave, catatonia e desnutrição em pacientes com recusa alimentar secundária à doença depressiva. A ECT pode ser menos arriscada do que a medicação antidepressiva e antipsicótica para certos pacientes, incluindo aqueles que estão debilitados ou com idade avançada^{1,3}. As pacientes grávidas e lactantes podem ser tratadas de forma eficaz e segura com ECT^{1,3}. Os pacientes podem preferir a ECT e solicitá-la como tratamento de primeira linha se, por exemplo, o paciente tiver um histórico de episódio depressivo que foi tratado com sucesso com ECT após falhar em vários ensaios de medicação. Não há contra-indicações absolutas à ECT. No entanto,

os médicos devem estar cientes dos riscos envolvidos ao usar a ECT para tratar pacientes deprimidos com certas condições médicas comórbidas³.

O presente artigo tem como objetivo revisar sobre as indicações para o tratamento da depressão maior unipolar com ECT e sua eficácia.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um artigo de revisão sistemática de literatura com meta-análise, realizado de forma descritiva. Para a análise e seleção dos artigos a serem incluídos na revisão, os títulos dos artigos foram inicialmente avaliados com base na estratégia de busca de bases de dados eletrônicos, com uma avaliação subsequente dos resumos de estudos que contemplaram o assunto. Os artigos considerados pertinentes foram lidos na íntegra, a fim de excluir os artigos fora do tópico ou com algum design fora dos critérios estabelecidos de inclusão. Após a escolha dos artigos, as seguintes informações foram extraídas de cada artigo: autor, ano de publicação, número de pacientes submetidos à pesquisa, tempo de seguimento, metodologia aplicada e resultados. Os resultados dos estudos foram analisados de forma descritiva. Como critérios de exclusão, os artigos que abordavam sobre estudos experimentais e em teste *in vitro* foram excluídos, artigos como Narrativa, Editorial, Carta ao Editor, Comunicação preliminar ou relato de caso foram excluídos, artigos fora do período de publicação estabelecido e publicações na língua que não inglesa também não foram selecionados. Para realização desse artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Cochrane e Uptodate, na qual foram utilizadas diversas combinações de termos relacionados ao tema, incluindo derivações que foram conectados pelo descritor booleano AND, utilizando os seguintes descritores pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): Electroconvulsive Therapy; Depression; Treatment; Efficiency. Considerando os critérios de inclusão da pesquisa, foram analisados 14 artigos, sendo estes limitados a publicação entre os anos de 1994 a 2022, publicados originalmente na língua inglesa, os artigos inclusos poderiam ser ensaios clínicos, estudos de coorte, coortes históricas e estudos de caso controle. Esses artigos foram selecionados por analisarem sobre as indicações para o tratamento da depressão maior unipolar com ECT e sua eficácia.

3 DESENVOLVIMENTO

Os pacientes com depressão maior remitem rapidamente com ECT, incluindo pacientes com idade mais avançada. A resposta normalmente começa a ocorrer após dois a quatro tratamentos. A ideação suicida e comportamento muitas vezes melhoram rapidamente com

ECT, o sono e o apetite perturbados e baixa energia podem responder antes que o humor, a culpa e o sentimento de inutilidade tendem a melhorar.

Alguns pacientes experimentam uma melhora imediata nos sintomas após a primeira ECT, e há evidências de que a ECT inicial pode ser mais potente do que os tratamentos subsequentes³. Raramente, um paciente irá remitir com uma única sessão de ECT. Embora a ECT seja eficaz para a depressão maior, a maioria dos pacientes que respondem apresentará uma recaída subsequente se não receberem tratamento de continuação e manutenção com farmacoterapia ou ECT⁴. Assim, o tratamento de continuação/manutenção é quase sempre indicado após um curso bem-sucedido de ECT aguda.

A cetamina tem sido usada há muito tempo como um anestésico alternativo para ECT e parece inicialmente aumentar os benefícios da ECT. No entanto, o benefício da droga se dissipa durante o curso da ECT. Além disso, a cetamina pode aumentar a pressão arterial em doses mais altas e, portanto, deve ser usada com cautela em pacientes com histórico de doença cardiovascular. Os efeitos adversos da ECT podem ser divididos em efeitos médicos ou cognitivos. Os efeitos médicos incluem eventos cardiopulmonares, pneumonia por aspiração, fraturas, lesões dentárias e na língua, dor de cabeça e náusea. Os efeitos cognitivos incluem confusão aguda, amnésia anterógrada e amnésia retrógrada^{3,4}.

A ECT é usada principalmente para tratar depressão unipolar grave, mas também é indicada para pacientes com outras doenças, incluindo transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, catatonia e síndrome neuroléptica maligna. Embora a ECT possa ser usada para tratar os principais sintomas motores da doença de Parkinson, a duração do benefício varia e a ECT não é frequentemente usada para esse fim, a menos que o paciente tenha depressão maior comórbida. Raramente, a ECT tem sido usada clinicamente para tratar o estado de mal epiléptico refratário⁵. A ECT também foi relatada para beneficiar síndromes de dor crônica.

4 DISCUSSÃO

Em pacientes com depressão maior unipolar, a ECT pode aliviar rapidamente a tendência suicida (ou seja, ideação e comportamento suicida). Um estudo prospectivo e observacional recrutou pacientes que foram tratados com ECT bilateral três vezes por semana, incluindo 131 que relataram ideação suicida ativa, ameaças, gestos ou uma tentativa de suicídio grave. Análises post hoc descobriram que a tendência suicida foi completamente resolvida após uma semana em 38% dos pacientes; após duas semanas em 61%; e após completar ECT, em 81%. Um estudo de registro nacional incluiu pacientes hospitalizados que receberam ECT (n >

5.500) ou não ($n > 5.500$)⁶. Os dois grupos foram inicialmente pareados em idade, sexo e gravidade da depressão; a pontuação de propensão foi usada para combinar ainda mais os dois grupos em outros fatores de confusão potenciais, como tentativas anteriores de suicídio, comorbidades psiquiátricas e médicas gerais e história familiar de suicídio. Durante os 12 meses após a hospitalização, as mortes por suicídio ocorreram em menos pacientes que receberam ECT do que aqueles que não receberam (1,1 versus 1,6%).

Para pacientes com depressão maior que respondem à ECT, a continuação do tratamento com farmacoterapia é benéfica. Uma meta-análise de sete estudos randomizados comparou antidepressivos com placebo ($n > 400$ pacientes) e descobriu que os antidepressivos reduziram o risco de recaída em 50% (risco relativo 0,5, IC 95% 0,4-0,6)⁷. No entanto, muitos pacientes recidivam apesar da continuação da farmacoterapia após o sucesso do tratamento com ECT. Uma meta-análise de 17 ensaios randomizados e estudos observacionais ($n > 700$ pacientes recebendo farmacoterapia de continuação) descobriu que a recaída ocorreu em 38% em seis meses⁷.

As revisões de vários estudos descobriram que a ECT é eficaz e segura para a depressão geriátrica, incluindo pacientes muito idosos (por exemplo, idade >85 anos). Um estudo randomizado comparou a ECT real com a ECT simulada em pacientes idosos deprimidos que completaram seis tratamentos ($n = 23$), e descobriu que a melhora foi maior com a ECT real. Estudos observacionais prospectivos descobriram que pacientes idosos com depressão psicótica ($n = 25$) eram mais propensos a remitir com ECT em comparação com nortriptilina mais fenelzina, e que pacientes idosos hospitalizados por depressão unipolar ($n = 128$) remeteram mais rapidamente com ECT do que nortriptilina ou venlafaxina. Um estudo retrospectivo de pacientes idosos hospitalizados por depressão ($n = 192$) descobriu que durante os cinco anos subsequentes, a mortalidade foi menor em pacientes que foram tratados com ECT durante a hospitalização, em comparação com pacientes tratados com farmacoterapia. Muitos pacientes idosos sofrem de depressão pós-AVC após um evento cerebrovascular agudo⁸. Um estudo retrospectivo de pacientes geriátricos medicamente doentes com depressão pós-AVC ($n = 20$) descobriu que a ECT foi eficaz e bem tolerada em 95%. Os pacientes geriátricos também podem desenvolver depressão vascular, que ocorre em associação com alterações isquêmicas crônicas no cérebro. Uma revisão de três estudos encontrou resultados inconsistentes para ECT em pacientes com depressão vascular⁸.

Para o tratamento da depressão maior, a ECT é mais eficaz do que a estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMT). Uma análise conjunta de sete estudos randomizados (abertos ou cegos) comparou a ECT (bilateral ou unilateral) com EMT repetitiva (aplicada sobre

o córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo ou direito) em 275 pacientes com depressão maior. A remissão ocorreu em mais pacientes que receberam ECT do que TMS repetitivo (53 versus 32%). Além disso, a descontinuação do tratamento por qualquer motivo foi comparável para ECT e EMT repetitiva (12 e 14%). No entanto, o comprometimento cognitivo em domínios específicos (por exemplo, fluência verbal e memória visual) pode ser maior com a ECT^{7,8}.

Com base em estudos randomizados, o uso de cetamina para induzir anestesia pode aumentar o efeito da ECT após a primeira sessão, mas não durante todo o tratamento. Uma meta-análise de cinco estudos (n = 163 pacientes) comparou a cetamina com monoterapia com tiopental ou monoterapia com propofol. A cetamina foi administrada em conjunto com tiopental ou propofol (três ensaios; dose de cetamina 0,4 ou 0,5 mg/kg) ou como monoterapia (dois ensaios; dose de cetamina 0,8 ou 1 a 2 mg/kg). A melhora da depressão após a primeira sessão de ECT foi maior nos pacientes que receberam cetamina, em comparação com os pacientes que não receberam. No entanto, após a conclusão da ECT, a melhora da depressão nos dois grupos foi comparável. Os efeitos adversos que podem estar associados ao uso de cetamina como agente de indução incluem desorientação pós-ECT, inquietação, dissociação, tontura, delírio, psicose, náusea e/ou vômito. Além disso, a cetamina pode aumentar a pressão arterial em doses mais altas. Um estudo administrou cetamina a 12 pacientes na dose de 0,8 mg/kg, e a pressão arterial diastólica > 100 mgHg ocorreu durante a ECT em cinco casos (42%)⁹. Outro estudo descobriu que as pressões sanguíneas sistólica e diastólica eram frequentemente maiores em pacientes que receberam monoterapia com cetamina (1 a 2 mg/kg), em comparação com tiopental. A cetamina pode prolongar ou aumentar as crises de ECT porque é menos anticonvulsivante do que outros anestésicos. Uma meta-análise de estudos randomizados comparou regimes anestésicos que incluíam cetamina com regimes que não incluíam, e descobriu que a cetamina prolongou a duração das convulsões em 11,5 segundos, um benefício significativo e clinicamente moderado a grande. Estudos observacionais investigaram se a cetamina diminuiu os efeitos cognitivos da ECT; embora os dados sejam inconsistentes, eles sugerem um possível efeito protetor modesto¹⁰.

Com base em uma meta-análise de 34 estudos observacionais prospectivos ou retrospectivos (n > 3.200 pacientes), a resposta à ECT é mais provável de ocorrer em pacientes mais velhos. Outros estudos sugerem que sexo e raça não estão associados à resposta¹¹. Além disso, características melancólicas (anedonia, humor deprimido pior pela manhã, despertar matinal, retardo ou agitação psicomotora acentuada, anorexia ou perda de peso e culpa excessiva) não parecem ser um preditor clinicamente útil de desfecho em pacientes tratados com ECT. Embora a melancolia tenha sido historicamente considerada um preditor de boa

resposta à ECT, uma análise agrupada de cinco estudos observacionais ($n > 900$ pacientes deprimidos) descobriu que as características melancólicas estavam associadas à não resposta à ECT, enquanto uma segunda análise agrupada descobriu que a melancolia não predizia resultado¹¹. A heterogeneidade entre os estudos foi substancial.

A ECT é particularmente eficaz para pacientes idosos com depressão. Além disso, muitos pacientes deprimidos com idade mais avançada têm contraindicações aos medicamentos antidepressivos, não toleram ou respondem aos medicamentos, não podem participar da psicoterapia ou não respondem a ela, ou podem desenvolver sintomas graves e complicações da depressão que requerem alívio imediato. Um estudo descobriu que a ECT foi usada aproximadamente três vezes mais em adultos mais velhos (> 65 anos) do que em adultos mais jovens. A depressão geriátrica geralmente remite com a ECT. Como exemplo, um estudo observacional prospectivo recrutou 240 pacientes (idade média de 70 anos) com depressão maior unipolar e os tratou com venlafaxina (dose alvo de 225 mg/dia) mais ECT de pulso ultracurto unilateral direito três vezes por semana. A remissão ocorreu em 62% dos pacientes; o número médio de tratamentos de ECT em pacientes que remitiram foi de 7,3 e o tempo médio de remissão foi, portanto, de cerca de 2,5 semanas. Além disso, o funcionamento cognitivo global na linha de base e pós-ECT foi comparável. Outros estudos descobriram que a remissão ocorre em até aproximadamente 80% dos pacientes¹². Por outro lado, a taxa de remissão entre pacientes semelhantes tratados apenas com antidepressivos é de aproximadamente 30%.

A remissão com ECT aguda parece ser mais provável em pacientes mais velhos com depressão maior unipolar em comparação com pacientes mais jovens¹². Como exemplo, um estudo de ECT bilateral três vezes por semana para depressão maior unipolar comparou a resposta em três grupos etários: mais jovens (18 a 45 anos, $n = 79$), de meia-idade (46 a 64 anos, $n = 81$), e idade avançada (65 a 85 anos, $n = 93$). As análises descobriram que a remissão ocorreu em mais pacientes de meia-idade ou mais velhos em comparação com pacientes mais jovens (86 e 80 versus 57 por cento). Além disso, maior idade (como variável contínua) foi associada a menores pontuações na escala de classificação de depressão.

A ECT de manutenção também pode ser benéfica para pacientes mais velhos. Uma revisão sistemática identificou dois estudos randomizados (simples cegos) que compararam ECT com farmacoterapia como tratamento de manutenção em pacientes com 60 anos ou mais que remitiram de um episódio de depressão psicótica após ECT aguda^{10,11,12}. A recidiva ocorreu com menos frequência com ECT de manutenção.

A ECT é particularmente útil para a depressão psicótica. A não resposta a pelo menos um antidepressivo (falha de medicação) durante o episódio depressivo atual está associada a

uma resposta mais pobre à ECT. Uma análise conjunta de 11 estudos observacionais ($n > 1.100$ pacientes com depressão unipolar ou bipolar) descobriu que a resposta à ECT ocorreu em menos pacientes com falha de medicação do que pacientes sem falha de medicação (58 versus 70%)^{11,12}. A ECT pode ser tão eficaz ou melhor na depressão atípica (reatividade do humor, hiperfagia ou aumento de peso, hipersonia, paralisia de chumbo e sensibilidade à rejeição interpessoal), em comparação com a depressão típica. Análises post hoc de dados de pacientes com depressão maior unipolar tratados com ECT bilateral três vezes por semana encontraram taxas significativamente mais altas de remissão em 36 pacientes com depressão atípica em comparação com 453 pacientes com depressão típica (81 versus 67%). Uma duração mais longa do episódio depressivo maior parece estar associada à diminuição da eficácia da ECT. Em uma análise conjunta de sete estudos observacionais ($n > 700$ pacientes com depressão unipolar ou bipolar), a duração média do episódio foi maior em pacientes que não responderam à ECT do que pacientes que responderam (14 versus 7 meses)^{11,12}.

O transtorno de personalidade limítrofe comórbido parece estar associado à diminuição da eficácia da ECT¹³. Um estudo avaliou a resposta à ECT bilateral ou ECT unilateral direita supralimiar três vezes por semana em pacientes com depressão maior unipolar. Os pacientes com transtorno de personalidade borderline comórbido ($n = 20$) foram menos propensos a remissão de seu episódio depressivo em comparação com pacientes com outros transtornos de personalidade comórbidos ($n = 42$) e pacientes sem transtorno de personalidade comórbido ($n = 77$) (20 versus 52 e 65% dos pacientes).

A eficácia da ECT em ambientes comunitários pode ser substancialmente menor do que a relatada em ensaios clínicos. Um estudo prospectivo e observacional de 347 pacientes com depressão maior unipolar ou bipolar tratados com ECT em sete hospitais comunitários descobriu que apenas 30 a 47% dos pacientes tiveram remissão¹³. Essas taxas mais baixas foram parcialmente atribuídas ao término prematuro do tratamento antes que a remissão completa fosse alcançada. Não há preditores biológicos de utilidade suficiente para identificar quais pacientes têm maior probabilidade de responder à ECT. No entanto, estudos preliminares sugerem que diferenças na estrutura e funcionamento do sistema nervoso central podem prever quais pacientes serão beneficiados. Como exemplo, um estudo observacional prospectivo usando ressonância magnética descobriu que uma pequena anormalidade (volume maior de pré-tratamento) no córtex cingulado anterior subgenual estava associada a uma melhor resposta clínica à ECT. Além disso, a ressonância magnética funcional prospectiva de redes neurais centradas no córtex pré-frontal dorsomedial e no córtex cingulado anterior descobriu que as imagens em cada rede forneceram boa sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo

na previsão de resultados com ECT. No entanto, o uso de biomarcadores para selecionar pacientes para ECT não é uma prática padrão. Em vez disso, o encaminhamento para ECT é determinado por características clínicas, como gravidade e urgência dos sintomas atuais^{12,13}.

A melhora precoce após seis sessões de ECT parece estar associada à remissão até o final do tratamento, sugerindo que os médicos devam continuar a ECT. Como exemplo, um estudo prospectivo de pacientes internados com depressão maior unipolar (n = 130) descobriu que entre os pacientes com melhora precoce (definida como redução dos sintomas basais em 20 a 30%), a remissão ocorreu em 73% (valor preditivo positivo). No entanto, não está claro se a falta de melhora precoce indica que é improvável que os pacientes atinjam a remissão subsequente, devido a resultados diferentes entre os estudos^{10,13}. Assim, continuamos a administrar ECT em pacientes que não apresentam melhora precoce.

A relação custo-benefício da ECT em comparação com a farmacoterapia não é clara. Um estudo que avaliou isso foi inconclusivo devido à falta de dados de ensaios randomizados. No entanto, outro estudo descobriu que os custos totais médios durante o tratamento e o período de acompanhamento de seis meses foram significativamente menores para ECT em comparação com a estimulação magnética transcraniana (6.300 versus 10.600 libras a preços de 2003 e 2004).

Meta-análises descobriram que a terapia eletroconvulsiva é mais eficaz do que qualquer outro tratamento usado para depressão maior grave. Estima-se que a remissão ocorra em 70 a 90 por cento dos pacientes que recebem ECT, com base em estudos randomizados^{1,13}. Isso se compara a uma taxa de remissão de aproximadamente 30% para o citalopram em pacientes ambulatoriais com depressão maior unipolar não psicótica. Uma meta-análise de 18 estudos randomizados com 1.144 pacientes deprimidos descobriu que a ECT foi mais eficaz do que a farmacoterapia, com um grande efeito clínico. Como exemplos, estudos específicos encontraram a remissão da depressão com ECT em comparação com a imipramina foi de 93 contra 73%, a melhora acentuada (quase livre de sintomas) com ECT em comparação com imipramina foi de 76 contra 49% e a resposta (redução dos sintomas basais $\geq 50\%$) com ECT em comparação com paroxetina foi de 71 versus 28%.

Uma segunda meta-análise de 15 estudos randomizados (585 pacientes) comparou a eficácia da ECT com outras formas de tratamento para depressão que incluíam medicação antidepressiva, estimulação magnética transcraniana rápida, terapia cognitivo-comportamental e ECT simulada ("sham"). A análise encontrou um efeito significativo favorecendo a ECT em relação a outros tratamentos, e o benefício clínico foi grande. Além disso, a comparação específica da ECT com a medicação encontrou um efeito clínico significativo e grande

favorecendo a ECT. Pacientes com depressão e psicose tiveram uma melhor resposta à ECT do que aqueles com depressão não psicótica. Consistente com esses resultados, em 2011, a Food and Drug Administration dos Estados Unidos realizou sua própria revisão sistemática e meta-análises com os seguintes achados¹⁴: uma análise de 5 estudos randomizados (202 pacientes deprimidos) estimou que a melhora na escala de avaliação de depressão foi cerca de 7,1 pontos (IC 95% -0,1-14,2) maior em pacientes que receberam ECT em comparação com o placebo. Uma revisão de 3 estudos randomizados (223 pacientes deprimidos) descobriu que a ECT foi mais eficaz que o placebo e uma análise de 8 estudos randomizados (188 pacientes deprimidos) estimou que a melhora na escala de avaliação de depressão foi cerca de 5,0 pontos (IC 95% 0,8-9,1) maior em pacientes que receberam ECT em comparação com medicação antidepressiva. Embora a análise da Food and Drug Administration não tenha encontrado um benefício estatisticamente significativo com a ECT em comparação com a ECT simulada, o intervalo de confiança foi amplo e consistente com os resultados separados de que a ECT foi significativamente superior à medicação antidepressiva e o limite inferior do intervalo de confiança foi -0,1 e, portanto, próximo de zero. Além disso, os ensaios simulados de ECT sofrem de deficiências metodológicas, incluindo o uso de tratamentos antidepressivos (como ECT) nos períodos de acompanhamento “naturalistas”, potencialmente diminuindo a diferença entre os grupos ativo e simulado¹⁴. Como tal, está claro que a ECT é eficaz para depressão maior grave e é superior à farmacoterapia. A posição dos eletrodos de estimulação (bilateral, bifrontal ou unilateral direita) parece ter pouco efeito sobre a eficácia geral da ECT^{13,14}. No entanto, pacientes individuais que não respondem inicialmente à ECT unilateral direita podem precisar ser cruzados para ECT bilateral.

5 CONCLUSÃO

A indicação primária para ECT é a depressão maior grave que ameaça a vida ou prejudica significativamente o funcionamento. A ECT também é indicada para pacientes com outras doenças, incluindo transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia e síndrome neuroléptica maligna. A ECT é o tratamento agudo mais eficaz e rápido para a depressão maior. A remissão ocorre em 70 a 90% dos pacientes que recebem ECT, com base em estudos randomizados. A ECT é frequentemente indicada para pacientes com depressão psicótica unipolar, tendência suicida grave ou desnutrição secundária à recusa alimentar ou catatonia, bem como pacientes que apresentam depressão recorrente e foram tratados com sucesso com ECT no passado após várias falhas em testes de medicação. A ECT pode ser menos arriscada do que a medicação antidepressiva e antipsicótica para pacientes debilitados e com

idade avançada. As pacientes grávidas e lactantes preocupadas com a teratogênese e outros efeitos colaterais de medicamentos também podem ser tratadas de forma eficaz e segura com ECT. A idade avançada está associada a uma boa resposta à ECT. O transtorno de personalidade borderline comórbido parece estar associado à diminuição da eficácia da ECT. A melhora precoce (por exemplo, redução dos sintomas basais em 30%) após seis sessões de ECT parece estar associada à remissão até o final do tratamento.

REFERÊNCIAS

- [1] American Psychiatric Association Task Force on Electroconvulsive Therapy. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, American Psychiatric Association, 2001.
- [2] Thompson JW, Weiner RD, Myers CP. Use of ECT in the United States in 1975, 1980, and 1986. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1657.
- [3] Kellner CH, Knapp R, Husain MM, et al. Bifrontal, bitemporal and right unilateral electrode placement in ECT: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196:226.
- [4] Kellner CH. Relapse after electroconvulsive therapy (ECT). *J ECT* 2013; 29:1.
- [5] Kamel H, Cornes SB, Hegde M, et al. Electroconvulsive therapy for refractory status epilepticus: a case series. *Neurocrit Care* 2010; 12:204.
- [6] Rönnqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld A. Electroconvulsive Therapy and the Risk of Suicide in Hospitalized Patients With Major Depressive Disorder. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2116589.
- [7] Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38:2467.
- [8] Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:88.
- [9] Wang X, Chen Y, Zhou X, et al. Effects of propofol and ketamine as combined anesthesia for electroconvulsive therapy in patients with depressive disorder. *J ECT* 2012; 28:128.
- [10] McDaniel WW, Sahota AK, Vyas BV, et al. Ketamine appears associated with better word recall than etomidate after a course of 6 electroconvulsive therapies. *J ECT* 2006; 22:103.
- [11] Haq AU, Sitzmann AF, Goldman ML, et al. Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:1374.
- [12] Rhebergen D, Huisman A, Bouckaert F, et al. Older age is associated with rapid remission of depression after electroconvulsive therapy: a latent class growth analysis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23:274.
- [13] Prudic J, Olfson M, Marcus SC, et al. Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings. *Biol Psychiatry* 2004; 55:301.
- [14] Weiner R, Lisanby SH, Husain MM, et al. Electroconvulsive therapy device classification: response to FDA advisory panel hearing and recommendations. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:38.