



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Antidepressivos em idosos: Citalopram e Mirtazapina

**Área(s):** Gerência de Ciclos de Vida/DCVPIS/SAPS/SES-DF

**Elaborador(es)\*:** Equipe Técnica do NUSI (Núcleo de Saúde do Idoso)

Portaria SES-DF Nº 41 de 28/02/2014, publicada no DODF Nº 46 de 05/03/2014.

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

Foram consultados livros, diretrizes de tratamento e bases de dados Medline, Cochrane e Micromedex.

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Antidepressivos para idosos; Mirtazapina; Citalopram.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

8 artigos de 2003 a 2012.

## 2- Introdução

A depressão é uma das causas mais comuns de sofrimento emocional no idoso e conseqüentemente diminui a sua qualidade de vida (BLAZER, 2003). A prevalência entre indivíduos idosos da comunidade varia entre 4,8 a 14,6% e pode atingir até 22% se considerarmos aqueles que residem em instituições. Além disso, esse transtorno representa uma das 10 principais causas de anos de vida ajustados para incapacidade e se considerarmos apenas o componente incapacidade, este passa a ser a causa mais importante, independente da idade e sexo (FREITAS, 2011).

\*Os elaboradores preencheram o termo de conflito de interesses.

### **3- Justificativa**

Atualmente os medicamentos antidepressivos padronizados na SES DF para uso em idosos, apresentam uma susceptibilidade maior para desenvolver efeitos colaterais nesta faixa etária. Diante de tal fato, torna-se de extrema importância e relevância a inclusão de antidepressivos, de referência nacional e internacional, que são mais bem tolerados pela população idosa.

### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

F32 episódio depressivo

F32.0 episódio depressivo leve

F32.1 episódio depressivo moderado

F32.2 episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

F32.3 episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

F33 transtorno depressivo recorrente

F33.0 transtorno depressivo recorrente episódio atual leve

F33.1 transtorno depressivo recorrente episódio atual moderado

F33.2 transtorno depressivo recorrente episódio atual grave sem sintomas psicóticos

F33.3 transtorno depressivo recorrente episódio atual grave com sintomas psicóticos

### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

O diagnóstico de depressão apresenta várias etapas: anamnese detalhada com o paciente, familiares ou cuidadores, exame clínico geral, exame psiquiátrico, avaliação neurológica, identificação de possíveis efeitos adversos de medicamentos e exames laboratoriais, quando necessário.

Um Episódio Depressivo Maior se caracteriza por um período mínimo de duas semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, como, alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas e deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida (DSMIV, 1994).

Em indivíduos de idade avançada, além dos sintomas clássicos, como tristeza, desânimo e desinteresse, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas,

baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa e alteração do sono e do apetite. É necessário um treinamento clínico para conseguir a sua diferenciação com tristeza normal, reação ao luto, transtornos de personalidade, quadros de ansiedade ou quadros demenciais. No entanto, algumas escalas por serem de fácil aplicação, podem ser aplicadas em nível de atendimento primário para auxiliar no rastreamento dos quadros de depressão, como a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Quadro 1).

Quadro 1: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS) - versão reduzida

	SIM	NÃO
1. Em geral, você está satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você abandonou várias de suas atividades ou interesses?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se sente aborrecido(a) com freqüência?	1	0
5. Você está de bom humor durante a maior parte do tempo?	0	1
6. Você teme que algo de ruim aconteça com você?	1	0
7. Você se sente feliz durante a maior parte do tempo?	0	1
8. Você se sente desamparado(a) com freqüência?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você acha que apresenta mais problemas com a memória do que antes?	1	0
11. Atualmente, você acha maravilhoso estar vivo(a)?	0	1
12. Você considera inútil a forma em que se encontra agora?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você considera sem esperança a situação em que se encontra?	1	0
15. Você considera que a maioria das pessoas está melhor do que você?	1	0
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		
A avaliação é feita da seguinte maneira: Verifica-se a resposta de cada pergunta (Sim ou Não) e conte os pontos das duas colunas. SCORE > 5 = suspeita de depressão		

Fonte: Yesavage & Brink, 1983

## 6- Critérios de Inclusão

Idosos com diagnóstico clínico de depressão.

A escolha do antidepressivo dependerá do quadro clínico apresentado pelo paciente, do perfil dos efeitos colaterais e na interação com outras substâncias. No geral cada medicação tem os seguintes critérios de inclusão:

Citalopram: Idosos com alterações do humor. Primeira escolha para depressão maior.

Mirtazapina: Idosos com alterações do humor associados à perda do apetite e distúrbio do sono (insônia) ou que apresentaram efeitos adversos com o uso do citalopram.

## **7- Critérios de Exclusão**

Excluem-se indivíduos com idade inferior a 60 anos.

Citalopram: pacientes que apresentam hipersensibilidade a qualquer um de seus componentes e tratamento concomitante com IMAOs (inibidores da monoaminoxidase), com exceção de selegilina em doses de até 10 mg por dia.

Mirtazapina: pacientes com conhecida hipersensibilidade à Mirtazapina ou a outros componentes de sua fórmula.

## **8- Conduta**

### **8.1 Conduta Preventiva**

Atividades que diminuam os fatores de risco ou precipitantes, como inserções sociais e religiosas, atividade física e práticas integrativas (meditação, reiki, terapia comunitária, homeopatia, acupuntura, automassagem, arteterapia, musicoterapia, dentre outros).

### **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

O tratamento não farmacológico da depressão deve ser instituído precocemente, e envolve, além das condutas preventivas acima citadas, a remoção ou controle dos fatores agravantes, orientação dos familiares e abordagem psicoterápica. A abordagem psicoterápica inclui terapia comportamental, cognitivo-comportamental, psicodinâmica e terapia baseada em resolução de problemas (FISKE, 2009). Tais atividades existem atualmente em quatro unidades de geriatria/gerontologia: Asa Norte, Paranoá, Taguatinga e Ceilândia.

### **8.3 Tratamento Farmacológico**

Os antidepressivos devem ser iniciados com a menor dose possível e o aumento deve ser gradual durante seu acompanhamento. É de fundamental importância a individualização do tratamento. Todas as classes dos antidepressivos têm eficácia similar, portanto, a escolha deste deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais do medicamento, associação de comorbidades, perfil farmacológico, tolerabilidade, custo e a presença ou não de distúrbio cognitivo.

O tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do paciente em relação aos fármacos. Em geral, os antidepressivos tricíclicos não constituem a primeira escolha para pacientes idosos devido aos efeitos adversos anticolinérgicos como boca seca, constipação intestinal, hipotensão postural e distúrbio do sistema de condução cardíaca (BEERS, 2012). Os ISRS (inibidores seletivos da

recaptação de serotonina), por sua vez, constituem atualmente a primeira escolha devido ao perfil farmacológico mais favorável (RAMSBERG, 2003). Um estudo avaliou trinta e sete ensaios clínicos randomizados que compararam o Citalopram, um ISRS, com outros antidepressivos e evidenciou que este é mais eficaz do que a Paroxetina e Reboxetina e mais tolerável do que os tricíclicos, a Venlafaxina e Reboxetina, no entanto, parece ser menos eficaz do que o Escitalopram (CIPRIANI, 2012).

A Mirtazapina também é bem tolerada entre os idosos. Outro estudo avaliou vinte e nove ensaios clínicos que compararam a Mirtazapina com outros antidepressivos e concluiu que a mesma tem um início de ação mais rápido do que os ISRS durante o tratamento da fase aguda. O seu descontinuação ocorreu de forma semelhante em pacientes tratados tanto com a Mirtazapina como com outros antidepressivos, embora o perfil de efeitos adversos seja diferente. Comparado aos ISRS, a Mirtazapina causou mais ganho de peso, aumento do apetite e sonolência, mas menos náusea, vômito e disfunção sexual (WATANABE, 2011). Em casos de idosos frágeis com depressão maior, insônia e perda do apetite esses efeitos adversos se tornariam favoráveis.

### **8.3.1 Fármaco(s)**

Citalopram

Mirtazapina

### **8.3.2 Esquema de Administração**

Citalopram 20mg 1 a 2 comprimidos pela manhã.

Mirtazapina 30mg 1 comprimido a noite ou 45mg 1 comprimido a noite.

### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

O tratamento é contínuo até a remissão completa da depressão. A interrupção é indicada em casos de intolerabilidade. Pode-se avaliar a possibilidade de desmame após no mínimo um ano da remissão. Sabe-se que no idoso a recorrência é comum após o desmame e nesses casos recomenda-se manter a medicação.

### **8.4 Benefícios Esperados**

Espera-se a diminuição dos sintomas depressivos, melhora do comportamento, diminuição do estresse dos cuidadores, melhora do convívio familiar com consequente melhora da qualidade de vida.

## **9- Monitorização**

No início do tratamento deve ser realizado monitoramento rigoroso da resposta medicamentosa e dos efeitos adversos, através do GDS e de uma anamnese detalhada com abordagem de sintomas.

Após estabilização do quadro não há necessidade de monitorização específica do medicamento apenas acompanhamento ambulatorial de rotina.

#### **10- Acompanhamento Pós-tratamento**

Apenas acompanhamento ambulatorial de rotina conforme estabelecido no Protocolo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Distrito Federal.

#### **11- Fluxograma**

Em anexo

#### **12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

Será feita pelo Núcleo de Saúde do Idoso e Diretoria de Assistência Farmacêutica por meio de ferramentas específicas e gerando relatórios anuais.

#### **13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

É obrigatório informar ao paciente ou ao responsável legal, os potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento que consta neste Protocolo. O TER não é obrigatório, por não se tratar de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

#### **14- Referências Bibliográficas**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. Am. Psychiatr. Assoc. Washington, DC. 4th ed. 1994.
- BLAZER, DG. Depression in late life: review and commentary. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2003. 58:249–65.
- CIPRIANI, A; PURGATO M; FURUKAWA, TA; et al. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. The Cochrane Library. 2012.
- FISKE, A; LOEBACHWETHERELL, J; GATZ, M. Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology. 2009;5:363–89.

- FREITAS, EV; PY, L e col. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan RJ, 3ª edição; 2011. Cap 25:314-325.
- RAMSBERG, J; ASSEBURG, C; HENRIKSSON, M. Effectiveness and cost-effectiveness of antidepressants in primary care: a multiple treatment comparison meta-analysis and cost-effectiveness model. PLoS One 2003;7(8).
- THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. JAGS 2012:1-16.
- WATANABE, N; OMORI, IM; NAKAGAWA, A; et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. The Cochrane Library 2011:(12).
- YESAVAGE, JA; BRINK, TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research 1983;17(1):37-49.