

Distúrbios de Conduta no Idoso com a Doença de Alzheimer

PACIÊNCIA

Curso de Capacitação ABRAZ

Eduardo Daura Ferreira

CRMRS 16763

RQE 7934

Porto Alegre

OUTUBRO -2018

Conflitos de Interesse

Speaker da Cristália, Janssen, Daichi Sankyo e Lundbeck

PACIÊNCIA

Quais são as alterações no comportamento?

PACIÊNCIA

Quais são as alterações no comportamento?

Descrição pelo paciente /pelo familiar /cuidador/observada pelo médico:

Sintomas comportamentais: agressão física, gritos, inquietude, agitação, perambulação, comportamento culturalmente inapropriado, desinibição sexual, chorar, apatia, perguntas repetitivas, alteração do sono, colecionar objetos, xingar e seguir cuidadores **PACIÊNCIA**

Quais são as alterações no comportamento?

Descrição pelo paciente /pelo familiar /cuidador/observada
pelo médico:

Sintomas psicológicos:

ansiedade, humor depressivo, delírios, e alucinações

PACIÊNCIA

Diagnóstico das alterações psiquiátricas.

Quais são?

Alta prevalência- 100% ao longo da doença e a prevalência instantânea é de cerca de 60%.

Estressantes para o paciente e irritantes para o cuidador

Apatia

Alterações do humor-depressão(24-54%), euforia

Ideação delirante

Alterações senso perceptivas

Agitação física (perambulação e andar intermitente) e verbal

Agressividade física e verbal

Ansiedade

Alteração do ciclo circadiano- inversão, insônia

PACIÊNCIA

Avaliação dos sintomas psiquiátricos

A queixa do cuidador verdadeiramente reflete os sintomas do **paciente** ou é um grito de ajuda de um **cuidador** cansado/estressado/deprimido ?

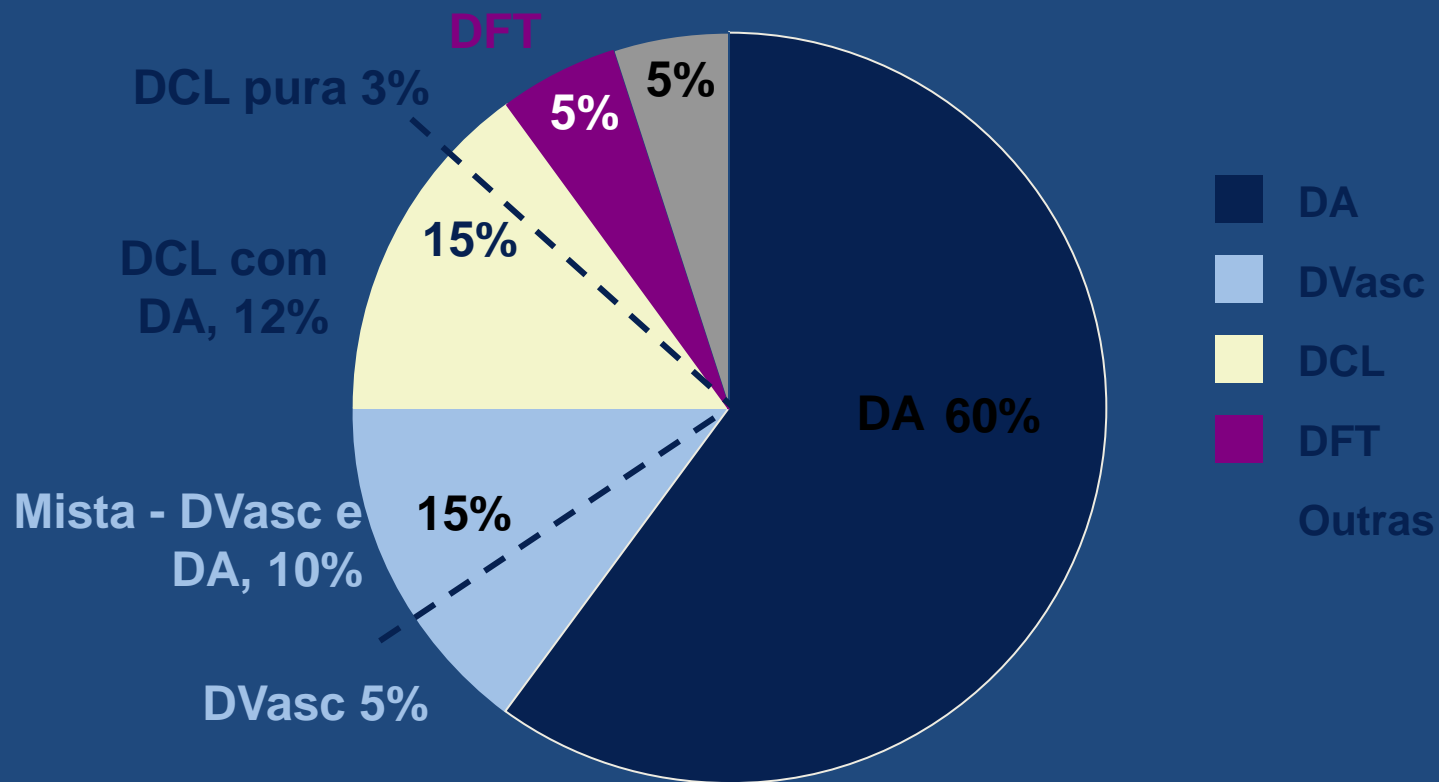
O comportamento em questão é uma ocorrência isolada ou um evento frequente ?

Alguma característica fundamental do meio ambiente ou saúde do paciente mudou?

O comportamento representa um perigo para o paciente ou para aqueles que cuidam dele?

PACIÊNCIA

Prevalência das principais causas de demência



Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

Duração e evolução:

Depende da fase da demência (perambulação e a agitação é persistente em todas as fases),

depende do tipo de demência (alucinação na DCL,
depressão na DV ,
a DFT com impulsividade, hipersexualidade, etc..)

PACIÊNCIA

Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

Etiologia:

- Aspectos Genéticos** (principalmente polimorfismo de receptores)
- Aspectos neurobiológicos** (neuroquímicos e neuropatológicos)
- Aspectos psicológicos** (personalidade pré –mórbida, resposta ao estresse)
- Aspectos Sociais** (Mudanças ambientais e fatores dos cuidadores)

PACIÊNCIA

Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

DELÍRIOS:

Mais comum: **persecutório** e o **paranóide**.

As pessoas estão roubando coisas, esta não é a minha casa, cônjuge é um impostor, abandono, infidelidade.

Risco para agressão física.

Tratamento: farmacológico/não farmacológico

PACIÊNCIA

Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

Alucinações:

Frequência 12 a 49%, DCL=80%

+ comum = Visuais

agnosias visuais (dificuldade de reconhecer objetos)

Tratamento

avaliar função auditiva e visual, aumentar a
iluminação

PACIÊNCIA

Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

Erros de identificação:

17% dos pctes acreditavam q havia + alguém em casa;

4% falavam consigo mesmos ao espelho como se fossem outra pessoa;

12% acreditavam que outras pessoas não eram quem diziam ser;

6% tinham erros de identificação de pessoas na televisão e não conseguiam aceitar q elas estavam realmente presentes na sala

PACIÊNCIA

Síndrome do Entardecer

Confusão , Ansiedade, Agitação, insônia

20 % dos casos

+ nos estágios do meio da doença

Distúrbio do ciclo sono vigília

FATORES :

Cansaço do dia: físico e mental,

Desconforto interno com o ciclo do sono-vigília,

Diminuição da quantidade de luz e aumento de sombras causando medo e confusão,

Inabilidade de separar sonhos de realidade quando dormindo,

Menor necessidade de sono do idoso

Reação não verbal as demandas do cuidador que não foram obedecidas e estão exaustos pelo cansaço do dia

PACIÊNCIA

Síndrome do Entardecer

Confusão , Ansiedade, Agitação, insônia

20 % dos casos

+ nos estágios do meio da doença

Distúrbio do ciclo sono vigília

Estratégias :

Luz adequada na casa – iluminação

Sono adequado e confortável- luz , temperatura ,segurança

Mantenha rotina de horários de sono – acordar

Evite Estimulantes : álcool, fumo, café, televisão

Ter mais atividades físicas durante o dia

Cuidador deve se cuidar !!

PACIÊNCIA

Síndrome do Entardecer

Confusão , Ansiedade, Agitação, insônia

20 % dos casos

+ nos estágios do meio da doença

Distúrbio do ciclo sono vigília

Estratégias diretas com o paciente!

PACIÊNCIA

Tratamento-farmacológico

**CONSIDERAR PRIMEIRO E SEMPRE O
TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO**

Use doses baixas de todas as medicações psicoativas e
aumente lentamente

Considere não-neurolépticos primeiro

Evite o uso de medicações múltiplas quando possível,
e se possível faça retiradas

Cuidar, avaliar a interação com outros medicamentos
que o doente já esteja usando

Reavalie a necessidade e a dosagem da medicação
freqüentemente

PACIÊNCIA

Tratamento : medicamentos

Antipsicóticos:convencionais e novos:

Antidepressivos: sono, agitação, depressão, ansiedade,

Anticolinesterásicos: agitação, agressividade, delírios/
alucinações, apatia

Anticonvulsivantes: carbamazepina, valproato,
topiramato, lamotrigina, gabapentina

Ansiolíticos/hipnóticos: bzd/zolpidem, zaleplon,
zopiclone, melatonina, triptofano

Outros: lítio, betabloqueadores/memantina

PACIÊNCIA

Tratamento

Novas/ Futuras medicações

- Vitamina E,
- Antiinflamatórios ã-esteróides,
- Antagonistas do receptor NMDA(Memantina),
- Agentes para redução do colesterol,
- Estratégias colinérgicas ã-anticolinesterásicas,
- Alteradores da síntese de APP e da biosíntese de
- APO-E(inibidores enzimáticos/inibidores protease)
- Neuroptídeos: somatostatina, substância P,
neuroptídeo Y, até agora sem efeitos
- Fatores de crescimento: gangliosídeo GM1
- Transplante

PACIÊNCIA

Distúrbios de conduta no idoso demenciado:

DEPRESSÃO

PACIÊNCIA

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Epidemiologia.

-depressão > transtorno do humor

-pequena prevalência (1-2% > 65a):

instrumentos inadequados de avaliação.

-Cuidar: idosos asilados, clinicamente enfermos:

> prevalência e incidência

Mortalidade: > média de mortalidade em idosos

deprimidos - homens, com doenças físicas.

PACIÊNCIA

Depressão no Idoso-Diagnóstico

Por quê diagnosticar ?

- É tratável
- Melhora a qualidade de vida do paciente e dos familiares
- Custos sociais
- Aumento da mortalidade
- Aumento da morbidade
- **PACIÊNCIA**

Depressão no Idoso-Diagnóstico

Como diagnosticar ?

- História Psiquiátrica
- História Clínica
- Exame psiquiátrico
- Exame clínico/neurológico
- Avaliação laboratorial
- Exames de anatomia/função cerebral
- Avaliação cognitiva-testagem(MMSE)
- **PACIÊNCIA**

Depressão no Idoso-Diagnóstico

Quadro Clínico:DSM-IV

- Depressão Maior - Estado atual /tipo
- Distímia
- Transtorno de Ajustamento
- Síndromes Orgânica do Humor
- Transt. Humor Bipolar-depressão bipolar
- Transtorno Esquizoafetivo
- **PACIÊNCIA**

Depressão no Idoso-Diagnóstico

Quadro Clínico:Peculiaridades

- Queixas somáticas
 - Ocorrência com outras patologias-DD
 - Ocorrência com Demência-DD/alteração da apresentação/reconhecimento dos sintomas
 - Depressão de início tardio:baixa história familiar,alta frequência de déficit cognitivo,atrofia cerebral,alterações em substância branca,recorrências, comorbidades médicas e mortalidade.
- **PACIÊNCIA**

Depressão no Idoso- Diagnóstico

Por quê diagnosticar ?

- É tratável
- Melhora a qualidade de vida do paciente e dos familiares
- Custos sociais
- Aumento da mortalidade
- Aumento da morbidade
- **PACIÊNCIA**

Prognóstico

-A duração do episódio é de 9 meses.(> idade, > número de episódios = cronicidade.

- Post(1972):26%-recuperação completa

37%-crises posteriores com recuperação

37%-depresssão crônica

Murphy(1983):35%-recuperação completa

19% se recuperaram c/recaída

29% permaneceram deprimidos

17% demenciados ou morreram

PACIÊNCIA

Prognóstico

Baldwin e Jolley (1986)(3 a 8 anos-100 pctes-depres.sev, internados):60%-bem por todo o tempo ou c/ recaídas mas recuperação completa; 7% com depressão contínua.

Uma vez que um paciente tenha apresentado um ou mais episódios moderados a severo de depressão maior, ele precisa continuar o tratamento antidepressivo de forma continuada para que o risco de recaída seja menor (Greden, 1993; Old Age Depression Interest Group, 1993)

PACIÊNCIA

Tratamento da depressão no idoso: DADOS-Harold A. Sackheim-Columbia University

Conceito dos 5 R' s: resposta, remissão, recuperação, recaída, recidiva.

- Não existem evidências de q a idade, por si só tenha impacto sobre a probabilidade, a velocidade, o início e a predição da remissão
- Alguns pctes mostram benefícios clínicos e remissão tardia qdo o período de trat. é prorrogado até 12 sem. E estes pctes quase sempre mostram melhora clínica precoce.
- A velocidade de remissão não é diferente entre grupos de meia-idade e idosos
- Pctes q. ã apresentam ao menos 30% de melhora em 4 a 6 semanas, tem pouca possibilidade de atingir remissão(Potencialização/troca) **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas

- Polifármacos:cuidado com **interação** de medicamentos;
- Cuidado com **adesão**;
- Uso da **metade da dose** do adulto para iniciar;
- Alteração dos 4 principais processos envolvidos na **disposição** das drogas: absorção, distribuição, metabolismo e excreção. **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas. ABSORÇÃO-

- Retardada: -↓ da motilidade gástrica e intestinal (mecanismo de transporte epitelial prejudicado, fluxo sanguíneo intestinal reduzido).
- Retardada: ↓ fluxo sanguíneo para o fígado. **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas. DISTRIBUIÇÃO-

- Drogas lipofílicas são armazenadas no tecido adiposo: Fração de gordura total aumenta com a idade: 25-45%;
- Drogas hidrofílicas (lítio) pequeno volume de distribuição;
- Albumina- ↓ 25% - > quantidade de fração livre das drogas (ativas) **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas. METABOLISMO-

- **FÍGADO:** ↓ perfusão- metabolismo e inativação retardado e/ou reduzido.
- Usar drogas com perfil metabólico mais simples
- Cuidado com o uso de outras medicações que alteram o metabolismo das drogas psicotrópicas (CYP450) **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas. ELIMINAÇÃO-

- Função **RENAL** ↓ efeito mais prolongado nos idosos das drogas, níveis plasmáticos maiores **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas. FARMACODINÂMICA-

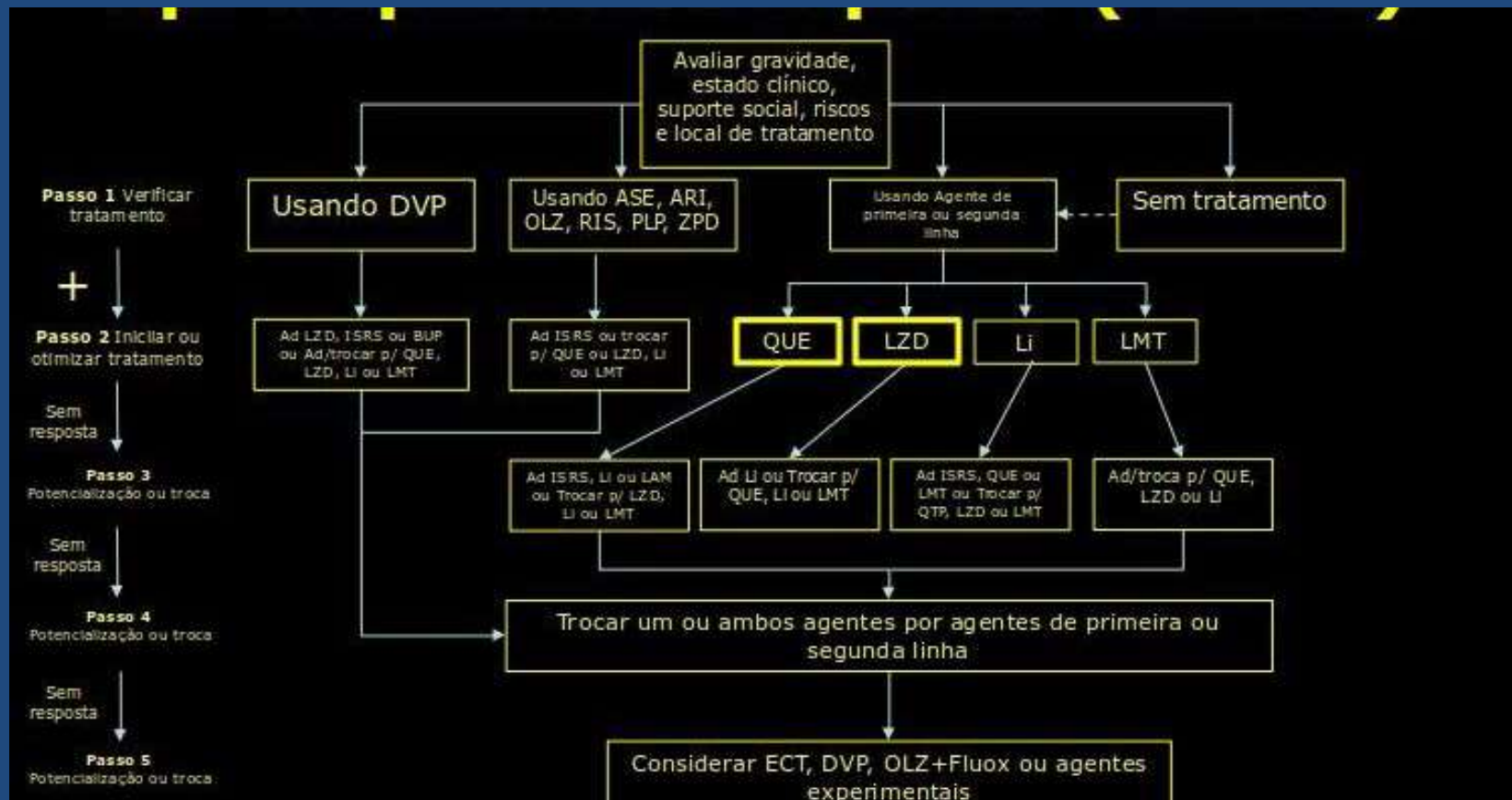
- ↓ do número de **receptores**, **neurotransmissores** e alterações estruturais nos órgãos-alvo
- As enzimas monoaminoxidases, catecolaminas e indolaminas aumentam com a idade: ↓ [] de norepinefrina e serotonina na velhice. **PACIÊNCIA**

Tratamento farmacológico da depressão no idoso: Considerações Farmacológicas e Fisiológicas.

FÁRMACOS:

- Antidepressivos;
- Antipsicóticos;
- Ansiolíticos;
- Hipnóticos;
- ECT; estimulação do nervo vago, ETMR (est. transm. rep.)
- Estabilizadores do humor;
- Psicoestimulantes, drogas para Alzheimer, outras drogas **PACIÊNCIA**

PACIÊNCIA



Tratamento farmacológico da depressão no idoso

Harv Rev Psychiatry 1999 May-Jun;7(1):1-28

Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings.

Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA
Neuropsychiatric

Institute and Hospital, Los Angeles, CA 90024-1759, USA.

PACIÊNCIA

A meta-analysis was carried out to evaluate data published between January 1974 and February 1998 comparing rates of treatment response and tolerability of pharmacological and psychological treatments for depression in persons over age 55. Drugs (tricyclic antidepressants, selective serotonin-reuptake inhibitors, and a mixed group of other drugs) were significantly better than placebo, with an average reduction in symptom severity of 48.0% versus 31.3% (analysis weighted by sample size; 50.6% vs. 21.4% unweighted). No single drug or group of drugs was superior in terms of efficacy, and no statistically significant differences in tolerability emerged between tricyclic antidepressants and selective serotonin-reuptake inhibitors, whether measured by total dropouts or by dropouts due to side effects. Compared to the data on pharmacological treatments, those for outcomes of psychological treatments are very limited. **PACIÊNCIA**

Existing data indicate that cognitive-behavioral, behavioral, and psychodynamic therapies are significantly better than placebo. In the current meta-analysis, response rates to these nondrug therapies did not differ significantly from those observed with tricyclic antidepressants or selective serotonin-reuptake inhibitors, but direct comparison data are insufficient for firm conclusions to be drawn about comparative efficacy. It is possible, even likely, that not only different subtypes of depression but also different patients vary in their treatment responses. However, lack of adequate data prevented the current meta-analysis from addressing these issues. Rigorously designed prospective studies on treatment outcome, taking into account the above differences, are urgently needed to provide robust data on which to base clinical recommendations for the treatment of depression in older patients.

PACIÊNCIA

Tratamento da depressão no idoso:Psicoterapia

Charles F. Reynolds-NIMH-APA-2002

Eventos vitais significativos e dificuldades presentes, bem como diminuição de recursos psicossociais formam a maior parte do substrato da depressão do idoso, seja primeiro episódio ou recorrente.

É clinicamente relevante e cientificamente justificado abordar estes temas através do uso de tratamentos psicossociais como as terapias cognitivo-comportamentais, psicoterapia interpessoal e de solução de problemas e de intervenções psicossociais auxiliares, como workshpos educacionais

PACIÊNCIA

Tratamento da depressão no idoso:Psicoterapia

Charles F. Reynolds-NIMH-APA-2002

A utilização de tratamentos psicossociais, especialmente em combinação com terapia antidepressiva, proporciona taxas de remissão mais altas, recuperação sustentada, e mantém o ajustamento social.

PACIÊNCIA

Curr Drug Target CNS Neurol Disord. 2002 Dec;1(6):575-92
Depressed or demented: common CNS drug targets?!

Sun MK, Alkon DL.

Blanchette Rockefeller Neurosciences Institute, Johns Hopkins University, Academic and Research Building, Room 319, 9601 Medical Center Drive, Rockville, MD 20850, USA. mksun@brni-jhu.org

A body of evidence emerging in antidepressant and antidementia research has revealed a convergence of molecular events known to regulate neuronal plasticity in learning and memory with molecular actions of drugs for the treatment of depression. Many antidepressants are reported to have positive impact on learning and memory. These include agents acting through monoaminergic neurotransmitter systems, non-monoaminergic transmitter systems, and hormones. On the other hand, agents that appear to have memory-enhancing or antidementia value are frequently found to exhibit antidepressant activity in patients and animal depression models. It is becoming clear that the comorbidity of depression and dementia does not occur by chance, but rather is an inevitable consequence of pathologic relationships between the conditions. Molecular mechanisms and cascades that underlie memory may be shared by mood regulation and are vulnerable to stress and injuries. This review focuses on recent findings regarding effects of a variety of agents on dementia and depression and their common molecular mechanisms as well as their differences. A better understanding of the key underlying molecular components whose changed activities have dramatic influences on mood and cognition may lead to the development of novel and more effective therapeutic agents for the treatment of depression and dementia. In this review, some of the recent findings that suggest novel therapeutic strategies are also highlighted.

PACIÊNCIA

- Am J Psychiatry. 2003 May;160(5):857-66.

- [Related Articles](#), [Links](#)

- Comment in:

- [Am J Psychiatry. 2003 May;160\(5\):811-4.](#)

- **A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease.**

Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, Smith GE, Geda YE, Cummings JL, Petersen RC, Sunderland T.

Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine, Room E1230, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213, USA. zubenkog@pitt.edu

OBJECTIVE: This report provides a description of the prevalence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease using data derived from structured diagnostic assessments of 243 patients with probable Alzheimer's disease and 151 nondemented elderly comparison subjects. **METHOD:** Subjects were characterized by a consortium of four Alzheimer's disease research centers and the Geriatric Psychiatry Branch of the National Institute of Mental Health. All sites administered the Clinical Assessment of Depression in Dementia, a structured, anchored diagnostic interview that was developed to reliably diagnose and characterize major depressive episodes in this population. **PACIÊNCIA**

- **CONCLUSIONS:** The high rate of major depressive episodes that occur after the onset of cognitive impairment among patients with Alzheimer's disease (the majority of whom had no premorbid history of major depression), common emergence in the early stages of dementia when symptoms of cognitive impairment are least likely to contribute to the syndromal diagnosis of major depression, and differences in the clinical presentations of the major depressive episodes of Alzheimer's disease patients and nondemented elderly comparison subjects, all support the validity of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. Our findings suggest that the major depressive syndrome of Alzheimer's disease may be among the most common mood disorders of older adults. **PACIÊNCIA**

- Eur Psychiatry. 2003 Mar;18(2):63-9.

Lifetime symptoms of depression in Alzheimer's disease.

Heun R, Kockler M, Ptok U.

Department of Psychiatry, University of Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105, Bonn, Germany

Introduction. - Depression is common in Alzheimer's disease (AD). The symptomatology of depression in dementia may differ from depression alone. Consequently, the reports on lifetime depressive symptoms were compared in AD patients and age-matched non-demented participants. Methods. - Seventy-six AD patients, 109 elderly from the general population and their 189 siblings were examined using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The presence of individual lifetime depressive symptoms was compared between 76 AD patients, 29 AD patients with comorbid depression, and different control groups using chi(2) statistics and logistic regression analysis. **PACIÊNCIA**

FDA warns antipsychotic drugs may be risky for
elderly.

JAMA. 2005 May 25;293(20):2462

FDA warns about using antipsychotic drugs for
dementia.

BMJ. 2005 Apr 23;330(7497):922.

PACIÊNCIA

Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials

Hanna Kaduszkiewicz, *research fellow*¹, **Thomas Zimmermann**, *research fellow*¹,
Hans-Peter Beck-Bornholdt, *professor*¹, **Hendrik van den Bussche**, *director*^{1 1}
Department of Primary Medical Care, Center of Psychosocial Medicine, University
Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, D-20246 Hamburg, Germany

BMJ 2005;331:321-327 (6 August),
doi:10.1136/bmj.331.7512.321 PACIÊNCIA

Objectives Pharmacological treatment of Alzheimer's disease focuses on correcting the cholinergic deficiency in the central nervous system with cholinesterase inhibitors. Three cholinesterase inhibitors are currently recommended: donepezil, rivastigmine, and galantamine. This review assessed the scientific evidence for the recommendation of these agents

Data sources The terms "donepezil", "rivastigmine", and "galantamine", limited by "randomized-controlled-trials" were searched in Medline (1989-November 2004), Embase (1989-November 2004), and the Cochrane Database of Systematic Reviews without restriction for language. **PACIÊNCIA**

Study selection All published, double blind, randomised controlled trials examining efficacy on the basis of clinical outcomes, in which treatment with donepezil, rivastigmine, or galantamine was compared with placebo in patients with Alzheimer's disease, were included. Each study was assessed independently, following a predefined checklist of criteria of methodological quality.

Results 22 trials met the inclusion criteria. Follow-up ranged from six weeks to three years. 12 of 14 studies measuring the cognitive outcome by means of the 70 point Alzheimer's disease assessment scale—cognitive subscale showed differences ranging from 1.5 points to 3.9 points in favour of the respective cholinesterase inhibitors. Benefits were also reported from all 12 trials that used the clinician's interview based impression of change scale with input from caregivers. Methodological assessment of all studies found considerable flaws—for example, multiple testing without correction for multiplicity or exclusion of patients after randomisation. **PACIÊNCIA**

Conclusion

NNT 1/12

Because of flawed methods and small clinical benefits, the scientific basis for recommendations of cholinesterase inhibitors for the treatment of Alzheimer's disease is questionable. **PACIÊNCIA**