

Eficácia e Segurança da Eletroconvulsoterapia no Manejo da Depressão em Gestantes

Efficacy and Safety of Electroconvulsive Therapy in the Management of Depression in Pregnant Women

Bárbara Cunha Vasconcellos¹; Beatriz Crivelli Alvarenga¹; Bruno Quercetti Ingunza¹; Luna Rocha Goifman¹; Ticiania Palhares Sampaio¹; Yehudi Sardinha Martins²

Resumo: A gestação pode abrir quadros de alteração do humor. O transtorno depressivo maior (TDM) é a desordem mais comum nesse período e aumenta morbimortalidade materna-fetal. O tratamento envolve fatores farmacológicos e não-farmacológicos, sendo a eletroconvulsoterapia (ECT) uma opção, com uma alta taxa de resposta, de maneira rápida, menor exposição fetal e raros efeitos colaterais na população geral. Objetivos: Analisar eficácia e segurança do uso da ECT durante a gestação como alternativa à farmacoterapia. Métodos: Revisão de literatura realizada a partir da base de dados Pubmed com os descritores Electroconvulsive Therapy, Pregnancy e Depression. Incluiu-se artigos disponíveis na íntegra, em inglês e publicados nos últimos dez anos. A busca encontrou 51 artigos, sendo oito selecionados para extração de dados. Resultados: Gestantes com TDM tratadas com ECT apresentam resposta completa ou parcial em 84% dos casos. Uma equipe multidisciplinar é fundamental para efetividade e segurança do tratamento, assim como para informar sobre possíveis riscos e manejo de efeitos adversos, sendo os mais comuns alteração do ritmo cardíaco fetal e contrações prematuras que raramente evoluem para trabalho de parto. Medidas podem ser adotadas para reduzir esses. Estudos indicam que este procedimento é, em geral, seguro durante todos os períodos de gestação. Entretanto, é importante notar que os estudos que analisaram diretamente o uso de ECT em gestante tem uma amostra pequena e a segurança do procedimento é assegurada a partir de estudos com a população geral. Conclusão: A ECT durante a gravidez requer uma equipe multidisciplinar para segurança materno-fetal e deve ser pensada como alternativa de tratamento do

1 Graduando(a) em Medicina pela Fundação Técnico-Educacional Souza Marques – FTESM.

2 Médico Psiquiatra pelo Instituto Municipal Philippe Pinel – IMPP

E-mail dos autores: bvasconcelosm@icloud.com; bcrivelli@gmail.com; brunoingunza@gmail.com; lunagoifman@gmail.com; ticianapsampaio@gmail.com; yehudimartins@hotmail.com

TDM. Sua eficácia e rapidez de resposta são comprovadas e os efeitos adversos são raros e majoritariamente reversíveis. Há uma necessidade de combater estigmas sobre o procedimento e elaborar diretrizes claras quanto ao seu uso, além de mais estudos realizados com amostras de gestantes. Palavras-chave: Eletroconvulsoterapia; Gravidez; Depressão

Abstract: Pregnancy can be a trigger to mood disorders. Major depressive disorder (MDD) is the most common disorder during this period and it can increase maternal-fetal morbidity and mortality. The treatment involves pharmacological and nonpharmacological factors, with eletroconvulsoterapy (ECT) being being an example of the second group. It has a high and fast response rate, lower fetal exposure e rare side effects in the general population. Aim: To analyze the efficacy and safety of using ECT during pregnancy as an alternative solution to pharmacotherapy. Methds: Literature review done through Pubmed database with the descriptors Electroconvulsive Therapy, Pregnancy and Depression. Articles available in full, in English and published in the last ten years were included. The search found 51 articles, eight of which were selected for data extraction. Results: Pregnant women with MDD treated with ECT present a complete or partial response in 84% of cases. A multidisciplinary team is essential for the effectiveness and safety of the treatment, as well as to inform about possible risks and management of adverse effects, the most common of which being changes in fetal heart rate and premature contractions that rarely progress to labor. Measures can be taken to reduce these. Studies indicate that this procedure is generally safe during all periods of pregnancy. However, it is important to note that studies directly analyzing the use of ECT in pregnant women have a small sample size and the safety of the procedure is assured based on studies with the general population. Conclusion: ECT during pregnancy requires a multidisciplinary team for maternal-fetal safety and should be considered as an alternative treatment for MDD. Its effectiveness and speed of response are proven and adverse effects are rare and mostly reversible. There is a need to combat stigmas about the procedure and develop clear guidelines regarding its use, in addition to more studies carried out with samples of pregnant women. Keywords: Electroconvulsive Therapy; Pregnancy; Depression.

Introdução

A flutuação hormonal na gravidez pode abrir quadros depressivos [1], e exacerbar diagnósticos

previamente estabelecidos [1][2]. Durante a gestação, 10 a 16% das mulheres fecham critérios diagnósticos para transtorno depressivo

maior (TDM) [3], sendo esta a desordem mental mais comum durante o período [4]. O não tratamento do TDM está relacionado a desfechos adversos para mãe e feto [5], podendo ocorrer nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino restrito, pré-eclâmpsia, vínculo mãe-bebê prejudicado e suicídio materno [2][3][5][6]. A mãe ainda pode ter dificuldades para realizar suas atividades diárias, fornecer uma nutrição adequada à criança e tem risco aumentado para abuso de substância e atos de autoagressão [1][2][6].

O tratamento do TDM durante a gravidez inclui farmacoterapia, principalmente com inibidores seletivos da recaptação de serotonina [1], e medidas não-farmacológicas, como a eletroconvulsoterapia (ECT) [3]. A farmacoterapia no período gestacional impõe um desafio clínico [2][5][7] considerando que drogas psicotrópicas, em graus variados, atravessam a placenta e chegam até a circulação fetal [5]. A relação risco benefício ao escolher o tratamento do TDM durante a gestação deve ser analisada ponderando o risco do não tratamento e a possibilidade de alternativas à farmacoterapia, como a ECT [2][5].

A ECT é utilizada para o tratamento de transtornos psiquiátricos severos desde 1938 [3]. Seu mecanismo de ação não é completamente entendido, mas o objetivo do

tratamento é provocar uma convulsão generalizada que tem como consequência a melhora da saúde mental [3]. Atualmente a utilização da ECT é preconizada em situações extremas, como doença refratária ao tratamento, catatonia, risco de suicídio ou outras situações de perigo iminente à vida [2][5][7], mas o procedimento pode estar sendo subutilizado devido ao estigma entre pacientes e profissionais e à falta de diretrizes objetivas quanto sua recomendação [2][5].

Visto isso, o presente estudo tem como objetivo analisar os benefícios e segurança do uso da ECT durante a gestação como opção alternativa à farmacoterapia.

Métodos

Revisão de literatura do tipo integrativa realizada a partir da base de dados Pubmed com os descritores Electroconvulsive Therapy, Pregnancy e Depression cruzados com operadores booleanos. Foram incluídos textos publicados nos últimos dez anos, em inglês e disponíveis na íntegra. Ao todo foram achados 51 artigos, sendo oito selecionados para realização do presente trabalho.

Resultados

Apesar de não haver um estudo randomizado para estabelecer a eficiência e segurança da ECT em gestantes, estudos realizados com a população geral demonstram uma

taxa de melhora do TDM de 80 a 90% [2][4]. O tratamento é seguro nos três trimestres [5][6], e tanto os efeitos adversos quanto a duração do tratamento e a taxa de resposta nessa amostra se apresentam similares ao da população geral [5]. O procedimento em gestantes deve ser realizado com equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, anestesiólogo, especialista de medicina materno-fetal e obstetra [3]. Se houver alto risco para trabalho de parto prematuro ou outras complicações, a ECT pode ser performada em sala de parto ou centro cirúrgico [5].

Os efeitos adversos mais comuns associados à ECT são em sua maioria temporários. Alterações do ritmo cardíaco fetal autolimitado e contrações prematuras são os efeitos mais encontrados. Os dois ocorrem predominantemente no 2º e 3º trimestres de gestação e as contrações raramente são capazes de evoluir para trabalho de parto [3][5]. A corrente elétrica não atravessa o útero, minimizando a exposição fetal [8], e não existem associações da ECT com malformações congênitas ou transtornos neurocognitivos [5]. Aumento da incidência de sangramento vaginal, descolamento prematuro de placenta, anormalidades prolongadas da frequência cardíaca fetal, parto prematuro ou abortamento também não foram relacionados diretamente à ECT [1][3].

Medidas podem ser tomadas para aumentar a segurança da ECT durante a gravidez, como elevação do quadril direito da mulher, monitorização cardíaca e de saturação do feto e gestante e evitação de hiperventilação excessiva [5][6]. A adição de anestesia e relaxantes musculares antes do procedimento diminui o risco de injúrias maternas [3]. O uso de citrato de sódio diminui as chances de pneumonia aspirativa, enquanto a otimização de volume intravascular com adoção do decúbito lateral esquerdo diminui as chances de hipotensão por compressão da veia cava inferior [3][5], sendo a hipotensão mais comum no terceiro trimestre pelo aumento uterino [1][5]. A intubação de rotina deve ser evitada devido ao aumento da vascularidade e ao edema das vias aéreas, associados à gestação [3].

É necessário monitoramento constante da frequência cardíaca e pressão arterial das gestantes que passam pela ECT, pois a indução de uma convulsão pode levar ao aumento de tônus simpático e acarretar hipertensão e taquicardia [5]. No caso de bradicardia materna, o uso de atropina deve ser evitado devido sua capacidade de atravessar a placenta e gerar taquicardia fetal. A alternativa ao seu uso é o glicopirrolo, que deve ser usado cautelosamente por ser capaz de diminuir o tônus do esfíncter esofágico [5].

Imediatamente após a ECT, a

paciente deve ser reexaminada para evitar possíveis complicações. Caso contrações uterinas estejam presentes, elas podem ser tratadas com tocolíticos Beta-2 adrenérgicos. Outros tratamentos por ECT devem ser adiados até que as contrações sejam controladas. Dores abdominais são tratadas com Sulfato de Magnésio IV 4 mg diluído em 100 ml de Soro Fisiológico 0,9%. Em caso de sangramento vaginal, outros tratamentos devem ser adiados até que a origem do sangramento seja descoberta e controlada [5]. Náusea e vômito são geralmente tratados com ondansetrona, metoclopramida, proclorperazina e meclizina. A Cefaléia pós-ECT é tratada rotineiramente com acetaminofeno [5].

Após o término das sessões, as pacientes devem manter acompanhamento psiquiátrico para averiguar possíveis alterações de humor. Exames extras para avaliar crescimento fetal ou outros testes do pré-natal podem ser realizados caso o obstetra responsável recomende [3]. Repetidas avaliações de saúde fetal podem ser feitas por Doppler se necessário, e testes não estressores também podem ser requisitados para averiguar o bem estar fetal [5].

Em contrapartida, Leiknes et al. [7] ressaltam que, apesar de alguns estudos afirmarem que a ECT apresenta menos riscos do que o tratamento farmacológico em gestantes, a ocorrência geral de eventos

adversos graves, como natimorto/morte neonatal [23%] e malformação fetal [20%], após a ECT em gestantes, apresentaram taxas relativamente mais altas do que as relatadas na população em geral. Os demais autores dessa revisão não corroboram com esse achado.

Atualmente a ECT durante a gravidez é considerada apenas como último recurso de tratamento, sem diretrizes claras sobre sua utilização [7]. Alguns clínicos frequentemente têm dúvidas sobre a prescrição de medicamentos durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre, mas muitos indicaram que a ECT é segura durante todos os trimestres da gravidez [2]. O procedimento pode estar sendo subutilizado e sub recomendado, privando pacientes de receberem uma opção de tratamento potencialmente eficaz, rápida e bem tolerada [5].

Conclusão

A ECT durante a gestação requer uma equipe de saúde multidisciplinar para garantir a segurança da paciente e do feto. É essencial adotar medidas para reduzir os riscos e garantir monitoramento contínuo de batimento cardíaco, pressão arterial e saturação de oxigênio. O procedimento é considerado relativamente seguro em todos os trimestres, com os efeitos adversos geralmente temporários e sem comprovação científica de associação com

anormalidades congênitas ou distúrbios neurocognitivos. Embora possam existir complicações, como contrações uterinas precoces e riscos aumentados de abortamento ou morte fetal, esses eventos são raros. Ainda assim é importante realizar um acompanhamento cuidadoso das gestantes após o procedimento.

Foi observado que há uma escassez de estudos randomizados sobre o tratamento, o que pode contribuir para sua subutilização e falta de diretrizes sobre sua aplicação. A falta de conhecimento também contribui para a perpetuação do estigma acerca do procedimento. É fundamental uma avaliação individualizada e colaborativa para cada paciente, mas embora a ECT venha sendo apontada como uma alternativa segura com alta taxa de resposta, de maneira rápida e menor exposição fetal, ainda é considerada apenas como último recurso de tratamento em casos de perigo iminente à vida ou refratariedade a tratamentos medicamentosos.

Sendo assim, para garantir sua eficácia e minimizar riscos, é imperativo desenvolver diretrizes claras e aprofundar os estudos nesse campo. Além disso, é essencial combater o estigma associado ao tratamento da depressão com ECT durante a gravidez, proporcionando informações atualizadas, estudos com gestantes e apoio adequado para as pessoas que enfrentam esse

desafio. Reduzir o estigma em relação a essa condição e seus tratamentos permitirá que gestantes tomem decisões informadas e recebam o cuidado necessário para sua saúde mental.

Referências Bibliográficas

[1] TRIFU SC, POPESCU A, MARIAN MA. **Affective disorders: A question of continuing treatment during pregnancy.** Exp And Ther Med [Internet]. 2020 Jul [citado 2023 Jun 25];Vol 20(4) 3474-3482. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32905103/>; DOI: 10.3892/etm.2020.8989

[2] POMPILI M, DOMINIC G, GIORDANI G, LONGO L, SERAFINI G, LESTER D, ET AL. **Electroconvulsive treatment during pregnancy: a systematic review.** Expert Rev Neurother [Internet]. 2014 Oct [citado em 2023 Jun 13];Vol 14(12), 1377-1390. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25346216/> DOI: 10.1586/14737175.2014.972373

[3] ROSE S, DOTERRS-KATZ SK, KULLER JA. **Electroconvulsive Therapy in Pregnancy: Safety, Best Practices, and Barriers to Care.** Obstet and Gynecol Surv [Internet]. 2020 Mar [citado 2023 Jun 22];Vol 75(3) 199-203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32232498/> DOI: 10.1097/OGX.0000000000000763

[4] PARK MJ, KIM H, KIM EJ, YOON V, CHUNG IW, LEE SM, ET AL. **Recent Updates on Electro-Convulsive Therapy in Patients with Depression.** Psychiatry Investig [Internet]. 2021 Jan [citado em 2023 Jun 21];Vol 18(1) 1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7897863/> DOI: 10.30773/pi.2020.0350

[5] WARD HB, FROMSON JA, COOPER JJ, De OLIVEIRA G, ALMEIDA M. **Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol.** Arch of Women's Ment Health [Internet]. 2018 May [citado em 2023 Jun 25];Vol 21(6) 715-722. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29796968/> DOI: 10.1007/s00737-018-0851-0

[6] COSHAL S, JONES K, COVERT J, LIVINGSTON R. **An Overview of Reviews on the Safety of Electroconvulsive Therapy Administered During**

Pregnancy. J Psychiatr Pract [Internet]. 2019 Jan [citado em 2023 Jun 25];Vol 25(1) 2-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30633726/> DOI: 10.1097/PRA.0000000000000359

[7] LEIKNES KA, COOKE MJ, JAROSCH-VON SCHWEDER L, HARBOE I, HOIE B. **Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies.** Arch of Women's Ment Health [Internet]. 2015 Feb [citado em 2023 Jun 25];Vol 18(1) 1-39. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24271084/> DOI: 10.1007/s00737-013-0389-0

[8] BRANDON AR, CROWLEY SK, GORDON JL, GIRDLER SS. **Nonpharmacologic Treatments for Depression Related to Reproductive Events.** Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2014 Dec [citado em 2023 Jun 13];Vol 16(12) 1-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25308394/> DOI: 10.1007/s11920-014-0526-0