

Felipe Filardi da Rocha, Karla Cristhina Alves de Sousa  
Serviço de Psiquiatria, Hospital das Clínicas,  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Belo Horizonte (MG), Brasil

Naray Paulino  
Instituto de Medicina Legal,  
Belo Horizonte (MG), Brasil

Juarez Oliveira Castro, Humberto Correa  
Serviço de Psiquiatria, Hospital das Clínicas, Universidade  
Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil  
Departamento de Saúde Mental, Faculdade de Medicina,  
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Belo Horizonte (MG), Brasil

Financiamento: Inexistente  
Conflito de interesses: Inexistente

#### Referências

1. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):131-4.
2. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10.
3. Marin-Leon L, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica.* 2003;37(3):357-63.
4. Jorge MH, Gottlieb SL, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II - Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(2):212-23.

## **Transtorno do estresse pós-traumático após cardioversor-desfibrilador automático implantável**

### **Posttraumatic stress disorder after automatic implantable carvioverter defibrillator**

Sr. Editor,

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é caracterizado por sintomas ansiosos diversos subseqüentes à exposição a uma situação traumática, vivenciada como extremamente ameaçadora e catastrófica pelo indivíduo. Pacientes com TEPT apresentam recordações recorrentes do trauma através de imagens, pensamentos e sonhos aflitivos, além de reatividade aumentada e esquiva de situações associadas ao evento.<sup>1</sup>

O surgimento do TEPT está associado a uma variedade de situações traumáticas, entre elas a exposição a procedimentos de emergências médicas. Apesar das características distintas daquelas vivenciadas por indivíduos expostos à violência, essa apresentação tem sido pouco estudada. Na literatu-

ra, já foram inclusive relatados casos que sugerem a associação entre o uso de cardioversores-desfibriladores automáticos implantáveis com o desenvolvimento do TEPT.<sup>2-3</sup>

Relatamos aqui o caso de um paciente de 55 anos, casado, sem história de transtorno psiquiátrico prévio. Era portador de miocardiopatia chagásica e se encontrava em uso de marcapasso cardioversor/desfibrilador automático há cerca de dois anos. Neste período, experimentou numerosas passagens por pronto-socorros e internações clínicas em razão de arritmias cardíacas. Em cada uma dessas ocasiões, o marcapasso desfibrilador/cardioversor foi automaticamente acionado.

Transcorridos seis meses da avaliação psiquiátrica inicial, o paciente evoluiu com constante re-experiência das situações de emergência acima descritas, incluindo pesadelos recorrentes. Em determinados momentos vivenciava os sintomas como se estivesse apresentando uma arritmia cardíaca e recebendo choques; em outros, mostrava-se extremamente apreensivo com a possibilidade de apresentar novo episódio de arritmia. Evoluiu com sintomas de pânico, melhorando após ser avaliado e ressegurado pela equipe médica de que estava bem. Passou então a apresentar sensação de estar distanciado das outras pessoas, crença de que teria uma vida curta, hipervigilância e ansiedade antecipatória intensa nos dias anteriores às consultas médicas. Apresentava piora dos sintomas em locais onde apresentou arritmias (sobretudo o metrô) e quando se aproximava de serviços de saúde (em especial locais de atendimento de emergência), apresentando, nesses locais, uma resposta exagerada a qualquer sensação que recordasse os vários episódios anteriores em que foi automaticamente acionado o marcapasso. Evoluiu também com insônia importante, diminuição da concentração e irritabilidade. Foi encaminhado por seu cardiologista para a avaliação psiquiátrica, onde foi formulada a hipótese de TEPT e iniciada sertralina, com aumento progressivo da dose até a dosagem de 200 mg. Também foi iniciado seguimento psicoterápico de orientação cognitivo-comportamental. Após dois meses de tratamento, evoluiu com melhora significativa dos sintomas, mantendo apenas, em menor intensidade, alguns sintomas de evitação.

Há evidências na literatura de que intervenções médicas de emergência podem estar associadas ao surgimento de TEPT.<sup>4</sup> O desenvolvimento de sintomas ansiosos associados ao uso de cardioversores-desfibriladores pode ser atribuído à constante ameaça à vida e às perdas sociais, pessoais e materiais decorrentes da doença cardíaca de base.<sup>2-3</sup> Entretanto, há evidências de que também o funcionamento destes aparelhos poderia acarretar efeitos sobre os circuitos cerebrais envolvidos na gênese dos sintomas ansiosos. Estimulações elétricas constantes poderiam estimular vias do sistema nervoso autônomo envolvidas na resposta adrenérgica, além de sensibilizar estruturas cerebrais envolvidas no reconhecimento de perigo.<sup>1-2,5</sup>

Em suma, o uso de marcapassos cardioversores pode implicar em considerável estresse para seus portadores, e o estabelecimento de transtornos psiquiátricos em indivíduos susceptíveis. É recomendável que pacientes submetidos a esta modalidade de tratamento sejam monitorados em relação a seus aspectos emocionais e encaminhados para atendimento psiquiátrico quando necessário.

Gustavo Daud Amadera  
Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM),  
Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima,  
São Paulo (SP), Brasil

Leonardo Baldaçara  
 Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM),  
 Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
 Fundação da Faculdade de Medicina do ABC,  
 São Bernardo do Campo (SP), Brasil  
 Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas  
 (LINC), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),  
 São Paulo (SP), Brasil

Karen Gennaro, Ricardo Uchida  
 Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM),  
 Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Marsal Sanches  
 Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM),  
 Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil  
 Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo,  
 São Paulo (SP), Brasil

Financiamento: Inexistente  
 Conflito de interesses: Inexistente

#### Referências

- Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A, Beatty-Brooks M, Hettema JM, Pandurangi AK. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology and treatment. *Am J Med.* 2006;119(5):383-90.
- Hamner M, Hunt N, Gee J, Garrell R, Monroe R. PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics.* 1999;40(1):82-5.
- Luyster FS, Hughes JW, Waechter D, Josephson R. Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosom Med.* 2006;68(5):794-800.
- Neel M. Posttraumatic stress symptomatology in patients with automatic implantable cardioverter defibrillators: nature and intervention. *Int J Emerg Ment Health.* 2000;2(4):259-63.
- Baumert J, Schmitt C, Ladwig KH. Psychophysiological and affective parameters associated with pain intensity of cardiac cardioverter defibrillator shock discharges. *Psychosom Med.* 2006;68(4):591-7.

## Increased surgical morbidity of psychiatric patients submitted to appendectomy

### Morbidade cirúrgica aumentada de pacientes psiquiátricos submetidos à apendectomia

Dear Editor,

The general medical care offered to psychiatric patients tends to be worse than the one offered to the general population. It includes inappropriate management of highly prevalent diseases such as diabetes mellitus and systemic hypertension as well as a significant delay in the diagnosis of emergent clinical and surgical conditions leading to increased morbidity and mortality.<sup>1-2</sup>

In this preliminary report, we aim at presenting our evaluation of the hypothesis that patients with major psychiatric disorders submitted to appendectomy had delayed diagnosis and/or worse outcome when compared to control subjects. We searched for all records of patients over age 18 who underwent a surgical procedure (appendectomy) in a general hospital in the period from May, 2005 to August, 2006, all of them with real appendicitis evidenced by anatomopathologic exam carried out after the surgery. Appendectomy was selected due to the high incidence of appendicitis in the general population.<sup>3</sup> We performed a chart review and the following data were evaluated: 1) the presence of a major psychiatric diagnosis according to DSM-IV criteria; 2) time elapsed from the onset of clinical symptoms to the surgical procedure (in days); 3) length of hospital stay (in days); and 4) number of postoperative complications. Coincidentally only female psychiatric patients were identified (n = 10) based on retrospective psychiatric diagnosis (medical record and family information). Three patients had schizophrenia, four patients had recurrent depressive disorder, and three patients had bipolar disorder. The control group was comprised of female patients without current psychiatric disorders and/or receiving psychiatric treatment, who underwent the same surgical procedure at the same period (n = 81). A non-parametric test (Mann-Whitney) was used to compare the values between the groups. The results are shown in Table 1.

**Table 1 - Surgical features of psychiatry and non-psychiatric patients submitted to appendectomy**

	Non-psychiatric (n = 81)	Psychiatric (n = 10)	P value
<b>Age (years)</b>			n.s.
Mean (SD)	27.02 (4.23)	25.50 (2.79)	
Median [range]	26 [19-35]	25 [20-30]	
<b>Interval between onset of symptoms and surgical procedure (days)</b>			< 0.00
Mean (SD)	2.38 (0.87)	4.10 (1.37)	
Median [range]	2 [1-4]	4 [2-6]	
<b>Length of hospital stay (days)</b>			n.s.
Mean (SD)	4.18 (1.50)	5.40 (2.17)	
Median [range]	4 [2-9]	5 [3-11]	
<b>Number of postoperative complications</b>			0.02
Mean (SD)	1.02 (1.11)	1.80 (0.91)	
Median [range]	1 [0-3]	2 [0-3]	