 ACADEMIA ROMÂNĂ

SPITALUL UNIVERSITAR DE URGENȚĂ ELIAS

 Bdul. Mărăști nr.17, Sector 1, București, 011461, România

Tel: (+40 021) 316.16.00; Fax: (+40 021) 316.16.02

E-mail: [contact@spitalul-elias.ro](mailto:spitalelias@spitalul-elias.ro); Web: [www.spitalul-elias.ro](http://www.spitalul-elias.ro/)

**APROBAT**

Director medical

Dr.Serban Balanescu

**PROTOCOL DE MANAGEMENT ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ANXIETĂȚII ȘI DEPRESIEI – PARTICULARITĂȚI LA PACIENTUL VÂRSTNIC**

**O. PREFAȚA**

Acest protocol a fost elaborat în conformitate cu ghidurile naționale și internaționale actuale privind anxietatea la vârstnici și va orienta practica medicală în Secția de Geriatrie și Gerontologie a Spitalului Universitar de Urgență Elias.

**O.1. TITLU: PROTOCOL DE MANAGEMENT ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ANXIETĂȚII ȘI DEPRESIEI – PARTICULARITĂȚI LA PACIENTUL VÂRSTNIC**

**O.2. COD : F32.0...F48.9**

**O.3. EDIȚIA I**

**O.4. COLECTIVUL CARE A ELABORAT PROTOCOLUL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AVIZAT** | **VERIFICAT** | **ELABORAT** |
| ***Funcția Numele și prenumele***  **Prof. Univ .Dr. Luiza Spiru** | ***Funcția Numele și prenumele***  **Prof. Univ. Dr. Luiza Spiru** | ***Funcția Numele și prenumele***  **Dr. Ioana Ioancio, Dr. Ana-Maria Doscan, Dr. Mihaela Cosmin Niculescu** |
| **Semnatura**  **.............................................** | **Semnatura**  **.......................................................** | **Semnatura**  **.................................................** |
| **Data:** | **Data:** | **Data:** |

**O.5. Data elaborării protocolului: 14.01.2020**

**Data prezentării în ședinta consiliului medical:**

**Data intrării în vigoare a ultimei ediții/revizii:**

**O.6. CUPRINS**

[DEFINIȚII: 3](#_Toc39492174)

[ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT 3](#_Toc39492175)

[I. PARTEA INTRODUCTIVĂ 3](#_Toc39492176)

[I.1. Diagnosticul 4](#_Toc39492177)

[I.2. Codul boliilor 10](#_Toc39492178)

[I.3. Obiectivele (scopurile redactării) protocolului(4) 11](#_Toc39492179)

[I.4. Domeniul de aplicare 12](#_Toc39492180)

[I.5. Epidemiologie 12](#_Toc39492181)

[I.6. Documente de referință aplicabile activității 12](#_Toc39492182)

[II. DESCRIEREA PROTOCOLULUI, A METODELOR,A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR 13](#_Toc39492183)

[II.1. Factorii de risc 13](#_Toc39492184)

[II.2. Anamneza 13](#_Toc39492185)

[II.3. Tabloul clinic 14](#_Toc39492186)

[II.4. Investigații clinice și paraclinice 15](#_Toc39492187)

[II.5. Diagnosticul pozitiv 16](#_Toc39492188)

[II.6. Diagnosticul diferențial 18](#_Toc39492189)

[II.7. Complicații 18](#_Toc39492190)

[II.8. Algoritm de diagnostic 20](#_Toc39492191)

[II.9. Criterii de spitalizare 21](#_Toc39492192)

[II.10. Criterii de transfer în terapie intensivă 21](#_Toc39492193)

[II.11. Criterii de transfer în altă secție 21](#_Toc39492194)

[II.12. Criterii de transfer în alt spital 21](#_Toc39492195)

[II.13. Tratamentul 21](#_Toc39492196)

[II.14. Evoluție, monitorizare pe durata internării 24](#_Toc39492197)

[II.15. Criterii de externare 24](#_Toc39492198)

[II.16. Monitorizarea după externare 24](#_Toc39492199)

[III. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE 25](#_Toc39492200)

[III.1. Ambulatoriu 25](#_Toc39492201)

[III.2. Spitalizare de zi 25](#_Toc39492202)

[III.3. Spitalizare continuă 26](#_Toc39492203)

[IV. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL 26](#_Toc39492204)

[IV.1. Reglementări juridice 26](#_Toc39492205)

[IV.2. Studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol 27](#_Toc39492206)

[V. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI LA NIVELUL SPITALULUI 27](#_Toc39492207)

[VI. TERMENE 28](#_Toc39492208)

[VII. PERSOANELE RESPONSABILE PENTRU FURNIZAREA DE INFORMAȚII SUPLIMENTARE 28](#_Toc39492209)

[VIII. REVIZUIREA PROTOCOLULUI 29](#_Toc39492210)

[IX. BIBLIOGRAFIE 29](#_Toc39492211)

# DEFINIȚII:

Anxietatea implică sentimente subiective (îngrijorare, ruminații), răspunsuri fizice (tahicardie, paloare, transpiratii, hipercortizolemie), precum şi răspunsuri comportamentale (evitarea). Anxietatea poate fi benefică, pregătind organismul pentru acţiune, având un rol de protecţie faţă de un posibil pericol şi rol adaptativ, dar poate fi anormală atunci când acaparează şi perturbă viaţa de zi cu zi, limitând existenţa individului la strategii de evitare sau compensare. Anxietatea ca simptom poate fi întâlnită în patologii precum tulburarea de panică, fobia socială și cea specifică, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea obsesiv compulsiva și hipocondria.

Depresia este una dintre cele mai frecvente tulburări psihice, caracterizată prin tristeţe, singurătate, disperare, scăderea stimei de sine şi autoculpabilizare; semnele asociate includ inhibiţia sau agitaţia psihomotorie, scăderea contactelor interpersonale şi simptome cum ar fi insomnia, anorexia și durerea.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

**5 HT** = 5 hidroxitriptamina

**AD**  = Activități din viața de zi cu zi (Activities of Daily Living)

**ADT** = antidepresive triciclice

**ADTc** = antidepresive tetraciclice

**CT** = tomografia computerizată

**CMG** = afectare a stării generale (condiție medicală generală)

**DSM-IV** = *manualul de diagnostic și statistică a bolilor mintale,* ediția a 4-a

**DSM-V** = *manualul de diagnostic și statistică a bolilor mintale,* ediția a 5-a

**DZ** = dizigoți

**EEG** = electroencefalografie

**FS** = fobie socială

**IADL**  = activitiți instrumentale din viața de zi cu zi (Instrumental Activitiers of Daily Living)

**ICD-10** = clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S.

**IM** = infarct miocardic

**IMAO** = inhibitorii monoaminooxisazei

**ISRS** = inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei

**HAM-A** = Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale)

**HTA** = hipertensiune arterială

**MZ** = monozigoți

**NaSSA** = inhibitori pre- și postsinaptici ai recaptării de seronotonină

**NDRI** = inhibitori ai recaptării dopaminei și noradrenalinei

**NRI** = inhibitori ai recaptării de noradrenalină

**NSRI** = inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei

**RMN** = rezonanță magnetică nucleară

**TAG** = tulburare de anxietate generalizată

**TAG-7** = scala de tulburare de anxietate generalizată din 7 elemente

**TDM** = tulburare depresivă majoră

**TMD** = tulburări mtotorii disociative

**TOC** = tulburare obsesiv-compulsivă

**TP** = tulburare de panică

**TSPT** = tulburare de stres posttraumatică

# I. PARTEA INTRODUCTIVĂ

## I.1. Diagnosticul

Tulburările psihice la vârstnici nu sunt la fel de bine delimitate ca la adulți. Deși psihogeriatria se dezvoltă ca o disciplină tânără,nici cea mai nouă ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5, 2013) nu delimitează tulburările psihice ale vârstnicilor de cele ale adulților tineri.

Modificările degenerative ale creierului, tulburările cognitive la care se adaugă bolile somatice și transformările în mediul social al persoanei în vârstă, sunt cauze multiple care fac dificil diagnosticul tulburării psihice la vârstnici.

***Exemple de diagnostice clinice pentru anxietate:***

1. Tulburări anxios-fobice. Agorafobie cu atacuri de panică.

2. Tulburări anxios-fobice. Fobii sociale.

3. Tulburare de anxietate generalizată cu anxietate paroxistică episodică.

4. Tulburare de anxietate şi depresivă mixtă.

5. Tulburare obsesiv-compulsivă cu gânduri şi acte obsesionale mixte.

6. Reacţie acută la stres cu sindrom depresiv.

7. Tulburări de adaptare cu anxietate generalizată.

8. Tulburare de stres posttraumatic.

9. Hipocondrie cu episod depresiv ușor

***Exemple de diagnostice clinice pentru depresie:***

1. Episod depresiv ușor, primar.

2. Episod depresiv sever, cu simptome psihotice (ideație suicidală), ori 2a. (fără simptome

psihotice).

3. Episod depresiv sever, cu simptome somatice, ori 3a. (fără simptome somatice).

4. Tulburare depresivă recurentă. Episod actual moderat.

5. Tulburare depresivă recurentă. Episod actual sever, fără simptome psihotice.

I.2. Codul bolii

|  |  |
| --- | --- |
| F32.0 | Episod depresiv ușor |
| F32.1 | Episod depresiv mediu |
| F32.2 | Episod depresiv sever fără simptome psihotice |
| F32.3 | Episod depresiv sever cu simptome psihotice congruente sau incongruente cu dispoziția |
| F32.8 | Alte episoade depresive (atipice, mascate) |
| F32.9 | Episod depresiv fără precizare |
| F33.0 | Tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor (caracterizată prin apariția repetată de episoade depresive în absența episoadelor maniacale) |
| F33.1 | Tulburare depresivă recurentă, episod mediu |
| F33.2 | Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever fără simptome psihotice |
| F33.3 | Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever cu simptome psihotice congruente sau incongruente cu dispoziția |
| F33.4 | Tulburare depresivă recurentă actualmente în remisiune |
| F33.8 | Alte tulburări depresive recurente |
| F33.9 | Tulburare depresivă recurentă fără precizare |
| F40.00 | Agorafobie fără menționarea tulburării de panică |
| F40.01 | Agorafobie cu tulburare de panică |
| F40.1 | Fobii sociale |
| F40.2 | Fobii specifice |
| F40.8 | Alte tulburări anxioase fobice |
| F40.9 | Tulburări anxioase fobice, nespecificate |
| F41.0 | Tulburare de panică [anxietate episodică paroxistică] |
| F41.1 | Tulburare de anxietate generalizată |
| F41.2 | Tublurare anxioasă și depresivă mixtă |
| F41.3 | Alte tulburări anxioase mixte |
| F41.8 | Alte tulburări anxioase specificate |
| F41.9 | Tulburare anxioasă, nespecificată |
| F42.0 | Gânduri predominant obsedante sau meditare |
| F42.1 | Acte predominant compulsive [ritualuri obsedante] |
| F42.2 | Gânduri și acte obsedante mixte |
| F42.8 | Alte tulburări obsesiv-compulsive, nespecificate |
| F42.9 | Tulburare obsesiv-compulsivă, nespecificată |
| F43.0 | Reacție acută la stres |
| F43.1 | Tulburare de stres posttraumatică |
| F43.2 | Tulburare de adaptare |
| F43.8 | Alte reacții la un factor de stres sever |
| F43.9 | Reacție la un factor de stres sever, nespecificată |
| F44.0 | Amnezie disociativă |
| F44.1 | Fuga disociativă |
| F44.2 | Stupoare disociativă |
| F44.3 | Tulburări privind starea de transă și posesie |
| F44.4 | Tulburări motorii disociative |
| F44.5 | Convulsii disociative |
| F44.6 | Anestezie disociativă și pierdere senzorială |
| F44.7 | Tulburări disociative [de conversie] mixte |
| F44.80 | Sindromul Ganser |
| F44.81 | Tulburare de personalitate multiplă |
| F44.82 | Tulburări disociative tranzitorii [de conversie], care se produc în copilărie și adolescență |
| F44.88 | Alte tulburări disociative [de conversie], specificate |
| F44.9 | Tulburare disociativă [de conversie], nespecificată |
| F45.0 | Tulburare de somatizare |
| F45.1 | Tulburare somatoformă nediferențiată |
| F45.2 | Tulburare hipocondriacă |
| F45.30 | Disfuncție automonă somatoformă, organ sau sistem nespecificate |
| F45.31 | Disfuncție automonă somatoformă, inimă și sistem cardiovascular |
| F45.32 | Disfuncție automonă somatoformă, tract gastrointestinal superior |
| F45.33 | Disfuncție automonă somatoformă, tract gastrointestinal inferior |
| F45.34 | Disfuncție automonă somatoformă, sistem respirator |
| F45.35 | Disfuncție automonă somatoformă, sistem genito-urinar |
| F45.38 | Disfuncție automonă somatoformă, alt organ sau sistem |
| F45.39 | Disfuncție automonă somatoformă, organe sau sisteme multiple |
| F45.4 | Sindrom dureros somatoform persistent |
| F45.8 | Alte tulburări somatoforme |
| F45.9 | Tulburare somatoformă, nespecificată |
| F48.0 | Neurastenie |
| F48.1 | Sindrom de depersonalizare-derealizare |
| F48.8 | Alte tulburări nevrotice specificate |
| F48.9 | Tulburare nevrotică, nespecificată |

I.3. Obiectivele (scopurile redactării) protocolului(4)**:**

Protocolul de față are ca obiective definirea etapelor de diagnostic, a măsurilor terapeutice optime și a planului de monitorizare pentru pacienții care suferă de anxietate și depresie în vederea:

* uniformizarii și îmbunătățirii calității practicii medicale
* utilizării eficiente a resurselor medicale
* optimizării duratei de spitalizare a pacienților diagnosticați cu anxietate
* reducerii numărului de pacienți care dezvoltă complicații ale bolii sau legate de medicația utilizată, depistarea precoce și tratarea adecvată a acestora
* reducerii numărului de pacienți cu anxietate și depresie care necesită spitalizări repetate
* depistarii precoce a pacienților cu diverse tulburări din spectrul anxios.
* îmbunătățirii procesului de diagnosticare a tulburărilor de anxietate.
* ameliorării abordării multidisciplinare a pacientului geriatric.
* evitării interacțiunilor medicamentoase apărute în urma comorbidităților acestor pacienți.
* managementului calității tratamentului și sporirii calității vieții pacientului cu tulburări de anxietate.

Protocolul se adreseaza întregului personal medical al Secției de Geriatrie și Gerontologie a Spitalului Universitar de Urgență Elias, precum și personalului medical în formare (medici rezidenți, studenți ai facultății de medicină, elevi ai școlilor sanitare).

I.4. Domeniul de aplicare

Prezentul protocol are ca domeniu de aplicare asistența medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească, specialitatea Geriatrie și Gerontologie.

## I.5. Epidemiologie

Prevalenţa tulburărilor de anxietate este relativ înaltă, de aproximativ 18%, iar prevalența pe parcursul vieții este de până la 31%. În general, femeile au rate de prevalenţe mai mari în toate tulburările de anxietate, în comparaţie cu bărbaţii.

* Fobia specifică şi tulburarea de anxietate socială sunt printre cele mai des întâlnite tulburări de anxietate cu prevalenţa în timpul vieţii cuprinsă în intervalele 10-13% și, respectiv 8-12%.
* Tulburarea de stres posttraumatic are o prevalenţă de 6-9% pe toată durata vieţii, tulburarea de anxietate generalizată are prevalenţă de 6%, tulburarea de panică 5%, iar tulburarea obsesiv-compulsivă e relativ rară, 1-2% pe toată durata vieţii.
* Prevalenţa pe viaţă a tulburării de panică este cuprinsă între 1 şi 4 %. Studiul NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) a indicat prevalenţa ca fiind cuprinsă între 2.1 și 5.1 %. Tulburarea de panică este cel mai frecvent întâlnită în grupa de vârsta cuprinsă între 25 și 44 de ani.
* Agorafobia este în mod clar asociată cu tulburarea de panică, însă studiile realizate privind prevalenţa agorafobiei la pacienţii cu tulburarea de panică descriu procente diferite.
* Tulburarea de anxietate generalizată are rata de prevalenţă cuprinsă între 1,2 % şi 2,8%, iar în cadrul asistenţei medicale primare este în jur de 8%, în clinicile specializate este de aproximativ 12%, fiind mai frecventă la următoarele categorii: femei, persoane peste 24 de ani, persoane divorţate sau văduve, persoane cu un statut socio-economic scăzut, vârstnici.
* Fobiile specifice au prevalența de 11,25 %, şi în multe din cazuri sunt prezente încă din perioada copilăriei sau adolescenţei. Fobiile sunt de două ori mai frecvente la femei, comparativ cu bărbaţii. Dintre fobiile specifice cele mai frecvente sunt fobiile de animale.
* Prevalenţa tulburării obsesiv-compulsive la nivel mondial este de aproximativ 2-3%. Nu există diferenţe privind repartiţia pe sexe, spre deosebire de alte tulburări anxioase, care sunt mai frecvente la femei. Este considerată a patra tulburare psihică în ordinea frecvenţei, după depresie, fobie socială şi toxicomanii.
* Fobia socială este cea mai frecventă dintre tulburările anxioase, cu o prevalenţă de-a lungul vieţii între 10-16 %. Este mai frecventă la femei, dar bărbaţii au o probabilitate mai mare de a solicita tratament.
* Tulburarea de Stres Post-Traumatică este relativ frecventă între tulburările anxioase, cu prevalenţă pe parcursul vieții de 8-12 %. Studiile epidemiologice au demonstrat că TSPT este de două ori mai frecventă la femei (11.3%), comparativ cu bărbaţii (6 %)

Depresia este estimată a fi de 5-12% la bărbaţi şi 12-20% la femei (Kanner, 2005); studiile efectuate au estimat valori ale prevalenţei de 0,4% pentru tulburarea bipolară şi 1,4% pentru depresia unipolară majoră. Pentru prevalenţă au fost sugerate rate de 2,3% pe un an pentru depresia unipolară, comparativ cu ratele incidenţei anuale de 2,5% pentru episodul maniacal şi 10,3% pentru depresia majoră (Kessler, 1994).

* prevalenţa depresiei se dublează peste vârsta de 65 de ani (15%);
* după vârsta de 70 de ani, depresia e prezentă la aproximativ 27% din bărbaţi, respectiv 45% din femei;
* incidenţa depresiei creşte foarte mult la persoanele care au suferit un accident vascular cerebral sau un infarct de miocard (la peste jumătate din aceşti pacienţi apărând un episod depresiv în primii doi ani de la producerea accidentului vascular);
* prezenţa depresiei la pacienţii cu accidente vasculare cerebrale sau cu infarct de miocard în antecedente se asociază cu o mortalitate mai crescută (în special prin suicid), în comparaţie cu cea de la persoanele la care nu apare o astfel de tulburare afectivă;
* de asemenea, prezenţa depresiei la persoanele în vârstă îngrijite la domiciliu pentru diferite afecţiuni invalidante creşte de peste 3 ori mortalitatea, comparativ cu pacienţii fără depresie.

## I.6. Documente de referință aplicabile activității

- Spiru L, Romosan I - Geriatrie-Tratat, Editura ,,Ana Aslan Intl Academy of Aging, Bucureşti”, 2004

- Prof. Dr. Luiza Spiru, Acad. Prof. Dr. Ioan Romosan - "Medicina Longevitatii - TRATAT DE GERIATRIE”, Editura "Ana Aslan International Academy of Aging, Bucuresti”, 2018, ISBN 978-973-86411-6-7

- The Merk Manual of Geriatrics, Ed. Merck & comp.,Whitehouse Station N.J.,2000, Editia X

- Ghiduri terapeutice pentru tulburările psihiatrice majore - 08 Decembrie 2014 -Asociației Române de Psihiatrie și Psihoterapie, precum și al Societății Române de Psihiatrie Biologică și Psihofarmacologie, avizate de Comisia de Psihiatrie a Ministerului Sănătății.

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2000a.

# II. DESCRIEREA PROTOCOLULUI, A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

II.1. FACTORII DE RISC

***Factorii declanșatori pentru examinarea posibilității de diagnosticare a unei tulburări de* *anxietate***:

* Apelare frecventă la consultații pe motiv de plângeri multiple, diverse și fără legătură somatică.
* Probleme non-specifice persistente ca: tensiune interioară, iritabilitate, probleme de concentrare sau de somn.
* Acuze similare hiperventilării (amețeală, furnicături, senzație de apăsare în piept, transpirații).
* Plângeri somatice persistente care nu pot fi explicate printr-o patologie somatică, cum ar fi aritmia, extrasistolia, dispneea, diareea, migrena etc.
* Solicitarea medicamentelor tranchilizante sau somnifere
* Abuzul de alcool sau substanțe
* Prezența simptomelor depresive sau/și anxioase
* Membri ai familiei cu tulburări de anxietate.

***Factori de risc personali în dezvoltarea anxietății***

- Context genetic – antecedente heredo-colaterale

- Personalitate

* Introvertită
* Respect de sine redus
* Nivel înalt de co-dependență
* Responsabilitate exagerată și nivel înalt de autocritică

- Sănătate

* Hiperactivitate hormonală (de ex. tiroidită autoimună, hipercorticism)
* Probleme hormonale în perioada gravidității și postpartum
* Atac de cord sau accident vascular cerebral
* Unele medicamente
* Comorbiditate psihiatrică
* Consum de alcool și droguri

***Factori de risc ce țin de mediu***

- Relații sociale tensionate (în colectivul profesional, în familie, etc.)

* Suport social redus (risc înalt pentru persoanele solitare și divorțate)
* Sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor umane;
* Tensiune emoțională marcată la serviciu, lipsa controlului perceput, lipsa suportului la serviciu
* Condamnați
* Partener de viață bolnav
* Persoane în vârstă din aziluri
* Copiii părinților afectați de tulburări psihiatrice / maladii somatice grave, incurabile

- Evenimente de viață

* Tinerețe traumatizantă (abuz sexual, violență psihologică / fizică)
* Traume psihologice în viața adultă (de ex. refugiații, migranții)
* Alte evenimente stresante ale vieții interpersonale, inclusiv divorțul (în special, la femei), ori legate de sănătate (în special la persoane în vârstă)
* Migrația (dor de casă, discriminare, probleme de integrare și acceptare)

***Factorii de risc pentru episod depresiv, recădere, recurenţă****:*

- Factori socio-demografici: mediu social defavorabil, handicapul social şi discriminarea socială şi nivel socio-cultural redus, statutul marital (persoanele necăsătorite prezintă o frecvenţă de 4 ori mai mare decât cele căsătorite);

- Factori predispozanţi somatici: apariţia sau persistenţa unor tulburări somatice sau a unor afectări somatice care pot limita eficacitatea terapeutică;

- Factori precipitanţi: psihostresul social, consumul de substanţe psihoactive sau psihodisleptice.

**ETIOPATOGENIA ANXIETĂȚII ȘI DEPRESIEI**

Fornixul, girusul cingulat şi structurile parahipocampice sunt responsabile de stabilitatea emoţională/dispoziţională. Amigdala cerebrală reprezintă structura subcorticală ce se interpune ca un veritabil releu între talamus (amplificatorul semnalelor senzoriale) şi etajul cortical. La acest nivel se stabilesc joncţiuni între diferitele căi de neurotransmisie 5-HT, NA, DA. Hipocampul stabileşte legături strânse cu structurile amigdaliene, exercitând un control direct asupra eficienţei neurotransmisiei. Menţinerea deficitului de semnal la nivel hipocampic, amplificată de stresori, poate declanşa mecanismele apoptotice care au drept ţintă zona CA1/CA3, mecanisme care pot fi declanşate şi prin inadecvanţă terapeutică.

Creierul este afectat de modificări degenerative odată cu înaintarea în vârstă; astfel, faza de îmbătrânire biologică este în jurul vârstei de 65-70 de ani. Chiar în cazul procesului normal de îmbătrânire se reduce activitatea neurotransmițătorilor (dopamina, serotonina, acetilcolina, noradrenalina, GABA, glutamat etc), care sunt substanțe chimice care asigură transmiterea impulsurilor nervoase între neuroni.

**La vârstnic**efectul acestor procese este reprezentat de modificări cognitive și emoționale. În cazul în care creierul se atrofiază, atunci crește riscul apariției de tulburări psihice, în principal funcții psihice cum ar fi cogniția, memoria, atenția, controlul emoțional, iar și funcțiile motorii sunt afectate. Cu alte cuvinte apare un tablou clinic caracterizat prin capacitate de învățare diminuată, reducerea memoriei, diminuarea atenției, tulburări emoționale printre care deprimarea sau iritabilitatea, agitația psihomotorie, agresivitatea etc. Capacitatea de efectua acțiuni simultane se reduce, capacitatea de a prelucra informații din surse multiple și concomitente de asemenea, nu mai există puterea de concentrare a atenției la un nivel funcțional, diminuează capacitatea de gândire, apar dificultăți în mai toate planurile vieții psihice. Reacțiile emoționale la aceste transformări sunt de panică, anxietate, tristețe, descurajare, frustrare etc.

1. **Etiopatogenia anxietății:**
2. ***Tulburarea de anxietate generalizată (TAG)***

**Vulnerabilitatea genetică -** 21% rude grad I dezvoltă TAG vs 3.5% în populația generală. Concordanţă mai mare la monozigoți. Pe această vulnerabilitate mediul familial augmentează dezvoltarea simptomelor anxioase, existând o agregare familială pt tulb anxioase. Neuroticismul ca trăsătură a personalităţii e asociată cu TAG.

**Ipoteze neurobiologice** (cu creşterea hipervigilenţei şi a reacţiei de trezire)

* creşterea volumului şi a jumătăţii drepte a amigdalei
* activitate frontală corticală crescută
* activitatea ganglionilor bazali scăzută
* neurotransmiţătorii par a fi implicaţi (efectul BZD, ISRS)

**Factori psihologici**

* verbalizarea aprehensiunilor – echivalentul evitării din tulburarea de panică (reduce pe termen scurt anxietatea anticipatorie, dar ar fi o întărire negativă care ar menţine anxietatea pe termen lung)
* intoleranţa la incertitudine (inabilitatea de a accepta că evenimentele negative sunt inevitabile)

**Factori sociali şi de mediu -** ar interacţiona cu vulnerabilitatea genetică şi cu anumiţi stresori

1. ***Tulburarea de panică (TP)***

* **Ipoteze biologice**
* risc familial genetic : MZ (monozigoți) 41%, DZ (dizigoți) 4% (transmitere mai frecventă a TP cu agorafobie)
* substanţe inductoare de panică
  + CO2, bicarbonat, lactat de sodiu – produc alcaloză prin stimularea respiraţiei (acţiune pe baroreceptori cardiovasculari)
  + yohimbina – prin mecanisme adrenergice
  + flumazenil – prin mecanisme GABAergice
  + cafeina
* mecanisme care stau la baza declanşării fricii
  + hipersensibilitate la CO2
  + teoria de alarmă a falsei sufocări (senzor al sufocării din trunchiul cerebral)
  + deficit presinaptic de 5HT
  + dezechilibru GABA, cu sensibilizare spre antagonişti
  + hiperactivitate noradrenergică
  + aminoacizi excitatori (glutamat)
* **Ipoteze cognitiv-comportamentale**

- anxietatea = comportament învăţat prin exemplu parental sau prin condiţionare

- atacul de panică este rezultatul interpretării catastrofice a senzaţiilor corporale de activare simpatică

- apare un cerc vicios care întreţine frica

* **Comorbidităţi**
* tulburarea depresivă majoră (mai ales în cazul agorafobiei asociate)
* alte tulburări anxioase: fobia socială, tulburarea de anxietate generalizată (TAG), tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), tulburărea de stres posttraumatic (PTSD), anxietatea de separare, hipocondria
* tulburarea somatoformă şi tulburarea algică
* tulburări de personalitate – evitantă, dependentă, histrionică
* comorbidităţi somatice față de care se face diagnosticul diferențial: astmul bronşic, colonul iritabil, tulburările cardiace
* consumul compensator de alcool (mai ales la bărbaţi) sau medicamente, până la abuz
* fumatul – factor de risc pentru TP, agorafobie, anxietatea generalizată

1. ***Fobia specifică***

* **Factorii predispozanti**:
* evenimente traumatice (de ex. a fi atacat de un animal sau închis într-un dulap)
* atacuri de panică inopinante, în situații de temut
* observarea fricii altora în anumite situaţii
* informatiile transmise, educație (ex. avertism părintești repetate în legatură cu periculozitatea anumitor animale sau relatările mass media despre căderile de avioane).

1. ***Tulburarea obsesiv compulsivă (TOC)***

* **Factori favorizanți**
* Infecţii virale şi bacteriene (simptome obsesionale la unii purtători de streptococ alfa și betahemolitic)
* Factori imuni (asociere de simptome cu coree Sydenham)
* Vulnerabilitate genetică (prevalenţă familială crescută, mai ales TOC sublcinică, fără deteriorare funcţională). Concordanţă crescută la monozigoți
* Serotonina în tulburările de pol obsesiv şi dopamină în simptomele din polul motor
  1. Disfuncţie combinată
  2. Antidepresivele care nu inhibă recaptarea serotoninei nu sunt eficiente
  3. Atenuare simptome la buspironă (agonist partial 5HT1A)
  4. Agoniştii dopaminei (DA) – cocaină, amfetamină, L-dopa – duc la comportamente repetitive, complexe

1. ***Tulburarea hipocondriacă***

* **Ipoteze cognitiv-comportamentale**

1. **ipoteza psihodinamică –** apărarea egoului faţă de o vinovăţie, transferul de conflicte
2. **ipoteza atribuirii eronate** – interpretaregreşită a senzaţiilor corporale normale
3. **ipoteza teoriei învăţării –** satisfacerea nevoii afective de a fi îngrijit, prin rolul de bolnav
4. **Etiopatogenia depresiei**

* **Factori neurobiochimici**

Se discută ipoteza unui dezechilibru între noradrenalinei şi 5-HT (Tissot, 1975), în sensul unei hiponoradrenalinergii cu hiperserotoninergie, provenite din acţiunea competitivă la nivelul barierei hematoencefalice a precursorilor fiecăreia dintre căile monoaminergice: tirozina pentru NA, respectiv triptofanul pentru 5-HT.

*Sistemul noradrenergic:*

Deficitul noradrenergic la nivel limbic ca mecanism de bază în declanşarea depresiei, lansând astfel ipoteza catecolaminergică a bolii depresive. Anomaliile sistemului NA în depresie cuprind o diminuare a eliberării presinaptice a NA și hipersensibilitate postsinaptică adaptativă cu hiposensibilitate a receptorilor alfa-2postsinaptici.

*Sistemul serotoninergic*

Deficitul transmisiei serotoninergice (5HT) este prima anomalie neurobiochimică descoperită în

etiopatogenia depresiei. Alterarea eficienței transmisiei serotoninergice a fost confirmată de studii psihofarmacologice, neuroimagistice şi post-mortem. Există mai multe argumente pentru implicarea serotoninei: număr crescut de receptori 5-HT2 în cortexul frontal și curbă 5-HIAA mult scăzută la sinucigaşi, valori scăzute ale triptofanului liber la depresivi. Desensibilizarea receptorilor constituie un punct comun de acţiune pentru toate tratamentele cu antidepresive, iar recunoaşterea rolului receptorilor pre- şi postsinaptici este elementul central al modelelor psihofarmacologice.

Vulnerabilitatea genetică se traduce prin indicatori de sinteză presinaptică (valorile triptofanului

liber, transporterii serotoninici) sau postsinaptică (receptorii 5HT).

*Sistemul dopaminergic*

Rolul dopaminei (DA) în depresii este sugerat de argumente terapeutice: deficitul de dopamină din boala Parkinson se asociază cvasiconstant cu depresie melancoliformă, ameliorată de tratament cu L-dopa sau bromcriptină, ca și eficacitatea unor antidepresive cu proprietăţi preponderent dopaminergice (amineptina, bupropionul şi nomifensina).

*Sistemul GABA-ergic*

Mecanismele GABA-ergice au fost în general ignorate în studiul tulburărilor depresive şi al medicamentelor antidepresive. Unele date au evidenţiat că aceste mecanisme pot fi implicate în etiopatogenia depresiei. Nivelul GABA în LCR şi plasmă este scăzut, prezentând variaţii concordante cu modificările dispoziţionale. Ar putea fi implicate și mecanisme biochimice: axa hipofizohipotalamo-corticosuprarenală, receptorii pentru glucocorticoizi, BDNF – Brain Derived Neurotrophic Factor și neuroplasticitatea.

* **Tulburări funcţionale evidențiate neuroimagistic:**

- scăderea fluxului sanguin cerebral (CBF = cerebral blood flow) şi a metabolismului cerebral (CMR = cerebral metabolic rate);

- descreșterea globală a utilizării metabolice a glucozei și lipsa diferențierii de utilizare între polul anterior cerebral și cel posterior;

- reducerea activității metabolice la nivelul cortexului prefrontal dorso-lateral (DLPFC), mai ales în emisferul stâng, fenomen corelat semnificativ cu scorul pe scala HAM-D ;

- creșterea activității lobului temporal drept;

- densitate înaltă a receptorilor 5-HT2 la nivel frontal, parietal și temporal drept.

* **Modificări structurale cerebrale prezente în evoluția depresiei:**

- ventriculomegalie (lărgirea ventriculilor laterali și a ventriculului III);

- lărgirea şanţurilor cerebrale, în special a celor interemisferic şi silvian, fenomen caracteristic pentru vechii depresivi ;

- atrofia vermisului cerebelos ;

- creşterea radiodensităţii la nivelul nucleului caudat bilateral, evidenţiat în imagini CT efectuate la vechi pacienţi depresivi ;

- diminuarea volumului nucleilor caudaţi şi a putamenului, relevată prin studii RMN;

- alterarea structurilor subcorticale, evidențiabile RMN, la depresivii cu TEC .

## II.2. Anamneza

Informația necesară evaluării stării psihice sau fizice a unui vârstnic se obține fie de la persoana în cauză, dacă aceasta are discernământ și poate relata despre problemele pe care le are, fie prin observarea comportamentului persoanei suferinde de către personalul medical, fie din relatările altei persoane cum ar fi membrii de familie. Datele ce trebuie obținute în cursul anamnezei cuprind:

* istoria familială (lipsa suportului socio-familial, se identifică traume psihice, se ține cont de împovărarea psihică legată de familie și trecutul personal) și antecedente heredocolaterale; se ia în considerare situația socială a vârstnicului. O serie de probleme de viaţă, cum ar fi îmbolnăvirea persoanelor apropiate, pierderea acestora, dificultăţile financiare, izolarea socială, dependenţa de alte persoane sau traiul într-un centru de îngrijire, pot să constituie factori care să întreţină starea depresivă
* se adună informații despre consumul de medicamente și consumul de alcool
* factorii de risc pentru dezvoltarea anxietății, a tulburării depresive la vârstnici (anemie feriprivă, hipoproteinemie, disfuncție tiroidiană)
* simptomele sugestive pentru anxietate, depresie și variațiile acesteia din punctul de vedere al diagnosticului
* evoluția bolii (tipul de debut, evoluția ulterioară a semnelor și simptomelor)
* rezultatul investigatiilor anterioare, preponderent a patologiilor somatice
* tratamentul urmat și efectul acestuia (probleme de complianță, responsivitate, durată), atât pentru anxietate, depresie, cât și pentru patologiile somatice asociate.

## II.3. Tabloul clinic

**II.3.1. Tabloul clinic al anxietății**

*1. Tulburarea de panică*

|  |  |
| --- | --- |
| **1. PANICĂ FĂRĂ AGORAFOBIE**  **2. PANICĂ PLUS AGORAFOBIE** | **ICD: TULBURAREA DE PANICĂ 3,5%**  **(anxietate paroxistică episodică)** |
| A. Atât tulburarea de panică fără agorafobie cât și cea cu agorafobie prezintă:  - atacuri de panică inopinante recurente  - cel puțin unul din atacuri a fost urmat timp de o lună (sau mai mult) de unul (sau mai multe) din următoarele simptome:  - procupare persistentă în legătură cu faptul de a nu avea atacuri ulterioare  - teamă în legătură cu implicațiile atacului sau cu consecințele sale (de ex. teama de a nu-și pierde controlul, de a nu avea un atact de cord sau de „a nu înnebuni”)  - o modificare semnificativă de comportament în legătură cu atacurile. | - atacuri de panică severe, într-o lună, neașteptate, recurente, imprevizibile  - atacuri de panică nelegate de o situație cunoscută/previzibilă, fără pericol obiectiv  - îngrijorare de minimumo lună cu privire la apariția unor noi atacuri de panică și cu privire la consecințele asupra sănătății / controlului / restricțiilor de comportament (cum să prevină, ce să facă dacă apar)  - prezența deintervale libere de simptome – evitarea sau părăsirea situației  **Forma moderată**: minimum 4 atacuri în decurs de 4 săptămâni  **Forma severă**: 4 atacuri pe săptămână pe parcursul a 4 săptămâni |
| B. Absența SAU prezența agorafobiei.  C. Atacurile de panică nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau afectări a stării generale.  D. Atacurile de panică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală (vezi atacul de panică). | |

*2.a. Fobia specifică*

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM** | **ICD** |
| A. Frică marcată și persistentă, excesivă sau nejustificată, în prezența sau anticiparea unui obiect /situații specifice  B. Expunerea la stimulul fobic: - constant un răspuns anxios imediat, care poate lua forma unui atac de panică circumscris / predispus situațional. *Notă: La copii, anxietatea este exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefactie, agățare de ceva.*  C. Persoana recunoaște că frica este excesivă / nejustificată (nu în DSM V).  *Nota: La copii poate fi absent.*  D. Situația fobică este evitată / îndurată cu anxietate / detresă intensă  E. Evitarea, anticiparea anxioasă ori detresa interferează semnificativ cu rutina persoanei, cu activitatea profesională / școlară, activitățile / relațiile sociale, ori o detresa marcată de a avea fobia.  F. La indivizii sub 18 ani, durata de cel putin 6 luni (și la adulți 6 luni în DSM V)  G. Anxietatea, atacul de panică sau evitarea fobică asociată cu obiectul / situația specifică, nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală | 1. Teamă excesivă şi nejustificată limitată la situaţii / obiecte specifice sau la anticiparea acestora 2. Simptomele sunt manifestări primare ale anxietăţii (nu secundare unor deliruri) 3. Situaţiile fobice sunt evitate |

*2.b. Fobia socială*

|  |  |
| --- | --- |
| DSM | ICD |
| A. O frica marcată și persistentă de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, în care persoana este expusă unor oameni nonfamiliari sau unei posibile scrutări de către alții. Individul se teme că va acționa într-un mod (sau va prezenta simptome anxioase), care vor fi umilitoare sau jenante – va fi considerat anxios, debil, nebun, stupid).  *Nota: La copii - proba capacitatii de relatii sociale corespunzatoare etății cu persoane familiare + anxietate în relația cu egalii.*  B. Expunerea la situația sociala temută: aproape constant anxietate, ca atac de panică limitat / predispus situațional.  *Nota: La copii, anxietatea se manifestă prin: exclamatii, accese coleroase, stupefactie sau retragere din situații sociale cu persoane nefamiliare.*  C. Persoana recunoaște că frica sa este excesivă sau nejustificată.  D. Situatiile sociale sau de performanță temute sunt evitate / îndurate cu detresă  E. Evitarea, anticiparea anxioasa ori detresa în situația (situațiile) temută(e) interferează semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu activitățile profesionale / școlare / sociale, ori exista o detresă marcată de a avea fobia.  F. La indivizii sub 18 ani, durata este de cel puțin 6 luni.  G. Frica sau evitarea nu se datorează CMG / substanțelor şi nu este explicată mai bine de altă tulburare mintală (de ex. panică fără sau cu agorafobie, anxietatea de separare, tulburarea dismorfică corporală, o tulburare de dezvoltare generalizată sau tulburare de personalitate schizoidă).  H. Dacă este prezentă o afectare a stării generale ori altă tulburare mintală, frica de la criteriul A este fără legatură cu aceasta, de ex. frica nu este de balbism, de tremor în maladia Parkinson sau de manifestarea unui comportament alimentar anormal în anorexia / bulimia nervoasă.  **-** Specifice**:** mâncat / vorbit în public, voma, urinatul, întâlnirea cu sexul opus  **-** Generalizată: majoritatea situațiilor sociale | 1. teama de a fi privit sau examinat (scrutin) de alţi oameni, în grupuri mici, că va fi umilit, că se va comporta inadecvat în situaţiile sociale. Evocă anxietate, chiar atact de panică circumscris.  2. situaţiile sociale sunt evitate  *Notă: La copii sub 18 ani: se pune diagnosticul doar dacă anxietatea socială este evidentă în situațiile cu egalii și persistă cel putin 6 luni.* |

*3. Tulburarea de anxietate generalizată*

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM** | **ICD** |
| A. Anxietate și preocupare (expectație aprehensivă), survenind mai multe zile „da” decât „nu” timp de cel putin 6 luni, în legatură cu un număr de evenimente / activitati (de ex. performanța în muncă / școlară) - liber flotantă.  B. Persoana constata ca este dificil sa-si controleze preocuparea.  C. Anxietatea și preocuparea sunt asociate cu **minim** **3 (1 la copii)** din următoarele :  (1) neliniște sau sentimentul de stat ca pe ghimpi;  (2) fatigabilitate rapidă;  (3) dificultate de concentrare sau senzația de vid mintal (aprehensiune)  (4) iritabilitate;  (5) tensiune musculară;  (6) perturbări de somn (de a adormi / de a rămâne adormit, sau un somn nesatisfăcător).  D. Focarul anxietatii și preocuparii nu este limitat la elementele unei tulburări de pe axa I : a avea un atac de panică (la fel ca în tulburarea de panică), a fi pus în dificultate în public (ca în fobia socială), a fi contaminat (ca în tulburarea obsesiv-compulsivă), a fi departe de casă sau de rudele apropiate (ca în anxietatea de separare), a lua în greutate (ca în anorexia nervoasă), a avea multimple acuze somatice (ca în tulburările de somatizare) sau a avea o maladie gravă (hipocondrie) şi nu survin în cursul tulburării de stres posttratimatic (PTSD – Post-Traumatic-Stress-Syndrome)  E. Anxietatea, preocuparea, simptomele somatice cauzeaza o detresa / deteriorare semnificativă clinic.  F. Perturbarea. Este vorba de cea care NU apare din cauza substanțelor / afectării stării generale și nu apare exclusiv în timpul unei tulburări afective, tulburări psihotice sau tulburări de dezvoltare generalizate. | Anxietate generalizată, persistentă (minim câteva săptămâni până la 6 luni), fără legătură cu circumstanţele, liber flotantă (îngrijorare nejustificată privind sănătatea sau situația profesională)  Simptome anxioase:   1. Aprehensiune:  * temeri despre viitoare nenorociri * dificultăţi de concentrare  1. Tensiune motorie:  * frământare permanentă, * tremurături, * incapacitatea de relaxare.  1. Hiperactivitate vegetativă:  * ameţeli, * transpiraţii, * tahicardie, * gură uscată.   *Copii: nevoie de protecţie, acuze somatice.* |

*4. Tulburarea obsesiv-compulsivă*

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM** | **ICD** |
| A. Fie obsesii sau compulsii:  **Obsesii**, așa cum sunt definite de (1), (2), (3) și (4):  (1) gânduri, impulsuri, imagini persistente, recurente: percepute ca intrusive și inadecvate + anxietate / detresă severă  (2) nu sunt preocupări excesive în legatură cu probleme reale de viață;  (3) încearca sa le ignore/suprime/neutralizeze cu altele  (4) recunoaste ca obsesiile sunt un produs al propriei minti (nu impuse din afara, ca în insertia de gânduri)  **Compulsii**, asa cum sunt definite de (1) și (2):  (1) comportamente repetitive (de ex. spălatul mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mintale (de ex. rugatul, calculatul, repetarea de cuvinte în gând) pe care persoana se simte constrânsa să le efectueze ca răspuns la o obsesie, ori conform unor reguli care trebuie aplicate în mod rigid;  (2) destinate să prevină sau să reducă detresa, ori să prevină (nerealist) un eveniment / situație temută oarecare  B. În cursul tulburării, persoana a recunoscut ca obsesiile / compulsiile sunt excesive sau iraționale.  *Notă: nu se aplică la copii*  C. Cauzează o detresa marcată, consumă timp (peste 1 ora/zi) sau interferează semnificativ cu rutina / funcţionalitatea profesională / socială  D. Dacă este prezentă o altă tulburare pe axa I, conținutul obsesiilor sau compulsiilor nu este restrâns la aceasta, de ex., preocuparea pentru mâncare / greutate (tulburare de comportament alimentar); smulgere păr (tricotilomanie); preocupare referitoare la aspect (tulb dismorfice corporale); preocupare referitoare la a avea o maladie severă (hipocondrie); preocupare pentru necesitatile sau fanteziile sexuale (parafilii), ori ruminatii referitoare la culpa (tulburare depresivă majoră)  E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe / afectări a stării generale  De specificat dacă are și o conștiință a maladiei redusă (nu recunoaște că obsesiile și compulsiile sunt excesive / nejustificate). | Prezenţa de obsesii şi/sau compulsii:   * minim 2 săptămâni * sursă de suferinţă şi interferează cu activităţile obişnuite * recunoscute de pacient ca fiind proprii * opune rezistenţă la gânduri / acte (la altele poate să nu mai opună) * gândul sau execuţia actului nu sunt plăcute în ele însele * repetitive în mod neplăcut   **Obsesii** = idei / gânduri / imagini / impulsiuni repetitive, persistente, recunoscute ca nepotrivite, involuntare, pe care încearcă să le ignore fără a reuşi  **Compulsii** = comportamente stereotipe, epuizante, repetate după un ritual rigid, cu scop „dezaxietant” (le vede ca prevenind evenimente improbabile obiectiv)  **Forme:**  **Forma cu gânduri / ruminaţii obsesionale predominate**   * întotdeauna produce suferinţă individului * imagini mintale recurente egodistonice (străine eului): obscene, blasfemiatorii * consideraţii nesfârşite filosofice asupra unor alternative, cu incapacitatea de a lua decizii banale   **Forma cu acte compulsive (ritualuri obsesionale) predominante**   * curăţenie, igienă (spălat, mâini) * verificări repetate (asigurarea că nu se dezvoltă o situaţie potenţial periculoasă * ordinea şi curăţenia * sunt încercări simbolice de a îndepărta un pericol * ocupă multe ore zilnic, uneori asociate cu lentoare, indecizie * mai frecvente la bărbați * mai puţin asociate cu depresia   **Forma cu gânduri şi acte obsesionale mixte** (obsesiile şi compulsiile pot răspunde la tratamente diferite) |

*5. Tulburarea anxioasă organică (doar în ICD-10)*

A. În tabloul clinic predomină o anxietate notabilă, atacuri de panică, sau obsesii ori compulsii.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator este evident că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei afectări a stării generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mintală (de ex. tulburarea de adaptare cu anxietate în care stresorul este o afectare a stării generale).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniu

De specificat dacă se însoțește de anxietate generalizată / atacuri de panică/ simptome obsesiv-compulsive

*6. Hipocondria*

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM** | **ICD** |
| 1. Convingerea persistentă de a avea una / mai multe boli somatice serioase, chiar dacă investigaţiile sunt negative  2. Refuz persistent de a accepta sfatul mai multor medici că nu există o boală somatică  - preocupare intensă de a avea una sau mai multe boli somatice grave, pornind de la interpretarea unor semne somatice banale ca fiind anormale şi supărătoare  - atenţia este focalizată pe 1-2 organe sau sisteme ale corpului  - îngrijorarea, chiar convingerea, că are o diformitate fizică (dismorfofobia)  - uneori glisează spre latura delirantă  3. Include: tulb dismorfică corporală, dismorfofobia, nevroza hipocondriacă, nosofobia (frica de prezenţa unei boli) | A. Preocuparea subiectului în legatura cu faptul că ar avea sau chiar ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor corporale.  B. Preocuparea persistă în disprețul evaluării medicale corespunzătoare și a asigurării de contrariu.  C. Convingerea de la criteriul A nu este de intensitate delirantă (ca în tulburarea delirantă, tip somatic) și nu este limitată la o preocupare circumscrisă la aspect (ca în tulburarea dismorfică corporală)  D. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în altele  E. Durata perturbării este de cel putin 6 luni.  F. Preocuparea nu este explicată mai bine de TAG, TOC, TP, TDM, anxietatea de separare, altă tulburare somatoformă.  De specificat dacă, are conțtiința maladiei redusă: pentru cea mai mare parte a timpului în cursul episodului curent, persoana nu recunoaște că preocuparea referitoare la avea o maladie este excesivă sau nejustificată. |

**II.3.2. Tabloul clinic al depresiei**

Depresia geriatrică este dificil de diagnosticat, deseori fiind mascată sau asociată cu variate simptome ce însoţesc şi unele boli somatice. Pacientul vârstnic ajunge foarte târziu la consult psihiatric, în multe cazuri când afecţiunea este agravată sau cronicizată. În general, simptomatologia este asemănătoare în toate cazurile de depresie, fiind reprezentată de: dispoziţie distimică, dezinteres faţă de activităţile obişnuite, sau faţă de propria persoană, de anturaj, scăderea încrederii în forţele proprii, indecizie, sentimente de culpabilitate, oboseală excesivă, reducerea capacităţii de concentrare şi a randamentului mnezic, tulburări de somn, diminuarea apetitului alimentar, gânduri legate de moarte. În contrast cu modificările pasagere ale dispoziţiei, sau cu experienţele emoţionale şi cu stresul negativ (de exemplu, plecarea copiilor, doliul), manifestările clinice în tulburările depresive sunt mult mai accentuate, mai persistente şi influenţează semnificativ starea generală a persoanei.

**Simmptome și semne**

Simptome tipice:

- dispoziție deprimată pentru cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, neinfluenţată de circumstanţe, prezentă continuu cel puţin în ultimele două săptămâni;

- pierderea interesului sau a plăcerii pentru activităţi care în mod normal erau plăcute;

- astenie, fatigabilitate.

*Simptome adiționale frecvente:*

- pierderea încrederii în sine;

- sentimente de vinovăţie, de culpabilitate, de autoreproş;

- gânduri recurente de moarte sau sinucidere sau comportament de tip suicidar;

- diminuarea capacităţii de concentrare (indecizie, şovăială);

- modificarea activităţii psihomotorii în sensul agitaţiei sau inhibiţiei psihomotorii;

- insomnie, hipersomnie, somn superficial, neodihnitor;

- modificări ale apetitului în sensul scăderii sau creşterii poftei de mâncare, cu modificări corespunzătoare de greutate.

*Alte simptome:*

- constipaţia, consecinţă a inhibiţiei psihomotorii sau efect secundar al antidepresivelor;

- cefalee accentuată matinal sau în urma unor situaţii stresante;

- dureri osteoarticulare, mai ales la nivelul membrelor inferioare sau coloanei dorso-lombare;

- scăderea marcată a libidoului.

*Semne:* observarea aspectului general sugestiv, faciesul, mimica, atitudinea corpului, modul de mişcare, vorbirea;

**Grade de severitate**

Dispoziția depresivă variază de la o zi la alta, nu este influențată de circumstanțe, dar poate prezenta o variație diurnă caracteristică. În unele cazuri, anxietatea, suferința și agitația psihomotorie pot domina depresia, iar schimbarea dispoziției poate fi mascată de tulburări adiționale cum ar fi: iritabilitatea, consumul excesiv de alcool, comportamentul histrionic, exacerbarea simptomelor fobice sau obsesionale preexistente sau preocupări hipocondriace. Pentru stabilirea diagnosticului de episod depresiv, indiferent de gradul de severitate, este necesară o perioadă de minimum 2 săptămâni, putând fi acceptate și perioade mai scurte de timp, dacă debutul este rapid iar simptomele neobișnuit de severe. Diferențierea gradelor de severitate a episoadelor depresive (ușor, moderat, sever) a fost impusă de necesitățile terapeutice.

Depresia la vârstnici nu îndeplinește criteriile pentru depresie majoră, simptomele clinice fiind mai ușoare, dar suferința este mare. Evoluția depresiei este lentă, mascată de alte boli ceea ce face ca depresia sa nu fie diagnosticată la timp, să fie luată drept îmbătrânire normală.

*1. Episodul depresiv ușor (F32.0)*

Dispoziția depresivă, pierderea interesului şi a plăcerii sau fatigabilitatea sunt simptomele tipice ale depresiei. Pentru un diagnostic cert sunt necesare cel puţin 2 din cele 3 simptome tipice şi cel puţin încă 2 din simptomele comune. Niciunul din simptome nu trebuie să aibă o intensitate deosebită. Durata este de minimum 2 săptămâni. Subiecţii au unele dificultăţi în a-şi îndeplini activităţile profesionale şi sociale obişnuite. Codificarea episodului depresiv ușor se referă și la prezenţa sau absenţa simptomelor somatice.

*2. Episodul depresiv moderat (F32.1)*

Pentru un diagnostic cert sunt necesare cel puţin 2 din cele 3 simptome tipice, menționate anterior, şi cel puţin 3 (preferabil 4) din simptomele comune. Multe simptome pot prezenta un grad mai mare de severitate, fapt neesenţial, dacă este prezentă în general o gamă largă de simptome. Durata minimă pentru diagnostic este de 2 săptămâni. Un subiect cu un episod depresiv moderat va avea de obicei dificultăţi importante în a-şi continua activităţile sociale, profesionale sau domestice. Poate fi aplicată codificarea prezenţei simptomelor somatice.

*3. Episodul depresiv sever, fără simptome psihotice (F32.2)*

Pentru stabilirea unui diagnostic de certitudine, toate cele 3 simptome caracteristice episodului

depresiv moderat vor fi prezente şi, în plus, 4 sau mai multe simptome comune, unele având intensitate

severă. Dacă simptomele importante, cum ar fi agitaţia sau lentoarea sunt marcate, pacientul poate fi refractar sau incapabil să descrie alte simptome în detaliu. Simptomatologia durează cel puţin 2 săptămâni, dar dacă simptomele sunt deosebit de severe, cu debut foarte rapid, diagnosticul poate fi stabilit şi la o durată mai mică de 2 săptămâni. Pacientul nu-și poate continua activităţile sociale, profesionale sau domestice. Sindromul somatic este întotdeauna prezent.

*4. Episodul depresiv sever, cu simptome psihotice (F32.3)*

Sunt întrunite criteriile mentionate anterior, pentru F32.2, și se adaugă idei delirante, halucinaţii sau stuporul depresiv. Conținuturile delirante frecvente sunt păcatul, sărăcia sau dezastrele iminente, a căror responsabilitate poate fi asumată de pacient. Halucinaţiile auditive apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare iar cele olfactive sub formă de mirosuri de murdărie, putrefacţie sau de carne în descompunere. Delirurile sau halucinaţiile pot fi specificate ca fiind congruente sau incongruente cu dispoziţia. „Incongruent” se referă la delirurile şi halucinaţiile neutre afectiv: de ex. deliruri de referinţă, fără niciun conţinut de culpabilitate sau acuzare, sau voci vorbind pacientului despre evenimente care nu au semnificaţie emoţională deosebită.

*Notă: În aprecierea intensităţii episoadelor depresive, psihiatria biologică atrage atenţia asupra imprevizibilităţii amplificării simptomatologiei în condiţiile evoluţiei perturbate, de factori de stres și de vulnerabilitate biologică şi biochimică. Opinia noastră este de a trata depresia cu aceeaşi seriozitate, indiferent de aparenţa intensităţii.*

**Evoluție**

**Evoluție globală**

Durata minimă naturală a unui episod depresiv este evaluată la 3-9 luni. Se recunosc evoluții diverse:

- episod depresiv unic;

- 1-3 episoade depresive pe parcursul vieții;

- episoade multiple

**Evoluția episoadelor depresive**

* **Etapa premorbidă**, caracterizată prin prezenţa simptomelor izolate de tip depresiv sau a trăsăturilor de personalitate de tip depresiv. Persistenţa acestor modificări asociate și spectrul tulburării depresive în antecedentele heredocolaterale poate constitui un moment de evaluare şi instituire a tratamentului precoce cu caracter profilactic.
* **Etapa prodromală**, caracterizată prin amplificarea unor simptome izolate, în special persistenţa tulburării de somn, reducerea capacităţilor de coping şi de reacţie emoţională. Frecvent apar simptome somatice (masca somatică a depresiei).
* **Primul episod depresiv**, diagnostic bazat pe criteriile ICD, afectează existenţa cotidiană sau fizică a pacientului şi impune măsuri terapeutice. Precocitatea tratamentului constituie o condiţie importantă a conservării plasticităţii sinaptice.

*Notă: Tratamentul cu substanţe antidepresive efectuat pe baza opţiunii simptomatice şi nu etiopatogenice, nerespectând criteriile adecvanţei terapeutice, determină remisiunea completă la numai 25% din cazuri.*

* **Remisiunea**, definită prin ameliorarea simptomatologiei depresive care poate fi evaluată pe scala Hamilton (scor HDS <7)

*Notă: Riscurile remisiunii incomplete sunt multiple: recidive frecvente - episoade multiple, anomalii sinaptice, scăderea neuroprotecţiei cu neurolezionalitate, complicaţii somatice, rezistenţă terapeutică.*

* **Recăderea** reprezentată de accentuarea simptomelor depresive cu scor HDS>17 în primele 6 săptămâni după remisiune, dar cel mai frecvent este semnalizată de remisiunea incompletă.
* **Recurenţa,** reprezentată de un nou episod depresiv reapărut după cel puţin 6 luni de la remisiune, în timp ce menţinerea unei simptomatologii de tip remisiune incompletă pe o durată de peste 6 luni determină persistenţă.

## II.4. Investigații paraclinice

Diagnosticul tulburărilor psihice la vârstnici implică multiple investigații.

* 1. **Bilanțul de bază –** Se caută boli somatice și boli psihice anterioare. În psihogeriatriese folosesc metode moderne de investigație cum ar fi tomografia computerizată (CT) sau rezonanța megnetică nucleară (RMN) investigându-se posibile cauze ca infarctul cerebral, atrofia cerebrală, modificări ale substanței albe a creierului sau prezența unor leziuni vasculare etc.
  2. **Alte investigații** utile în stabilirea diagnosticului – se vor efectua în cazuri selectate, în funcție de prezentarea clinică.
  3. **Investigații în vederea excluderii unor afecțiuni subiacente**

## II.5. Diagnosticul pozitiv

- se utilizează criteriilor de diagnostic ICD 10, respectiv DSM 5

- se realizează un examen neurologic amănunțit și o examinare neuropsihică, cu testarea funcțiilor cognitive prin teste psihologice:

**Evaluarea Geriatrică Standardizată complexă:**

### **Scanarea simptomelor de depresie în cadrul tulburărilor neurocognitive:**

* Scala de Depresie folosită în Geriatrie sau GDS (Geriatric Depression Scale; Yesavage et al, 1983):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Scala Depresiei Geriatrice Yessavage (GDS)** | | | |
|  | | **DA** | **NU** |
| **1** | **Sunteți mulțumit(ă) de viața dumneavoastră?** |  | **\*** |
| **2** | **Ați renunța la mare parte din activitățile dumneavoastră?** | **\*** |  |
| **3** | **Aveți sentimentul că viața dumneavoastră este goalp?** | **\*** |  |
| **4** | **Vă plictisiți des?** | **\*** |  |
| **5** | **Sunteți bine dispus(ă) în general?** |  | **\*** |
| **6** | **Vă temeți că vi se poate întâmpla ceva rău?** | **\*** |  |
| **7** | **Sunteți în general fericit(ă)?** |  | **\*** |
| **8** | **Aveți sentimentul că sunteți de acum fragil(ă)?** | **\*** |  |
| **9** | **Preferați să rpmâneți singur(ă) în cameră mai degrabă decât să ieșiți?** | **\*** |  |
| **10** | **Credeți că memoria dumneavoastră este mai slabă decât a majorității oamenilor?** | **\*** |  |
| **11** | **Credeți că este minunat că trăim în această epocă?** |  | **\*** |
| **12** | **Vă simțiți actualmente o persoană lipsită de valoare?** | **\*** |  |
| **13** | **Aveți mult energie?** |  | **\*** |
| **14** | **Credeți că situația dumneavoastră actuală este disperată?** | **\*** |  |
| **15** | **Credecți să situația altora este mai bună decât a dumneavoastră?** | **\*** |  |
| **Au semnificație de depresie (\*) răspunsurile „NU” la întrebările 1, 5, 7, 11 și 13** | | | |

* Scala Hamilton pentru Evaluarea Depresiei sau HDRS (Hamilton Depresie Rating Scale, Hamilton, 1960)
* Scala Montgomery-Åsberg  pentru Evaluarea Depresiei sau Madrs-s (Montgomery-Åsberg  Depression Rating Scale; Montgomery, Åsberg, 1979).

**Scanarea disfuncțiilor cognitive în cadrul tulburărilor neurocognitive:**

* Testul Mini pentru Examinarea Stării Mintale sau MMSE (Mini Mental State Examination; Folstein et al, 1975);
* Testul ceasului (Clock Drawing Test; Shulman et al, 1986);
* Scala de evaluare a bolii Alzheimer sau ADAS (Alzheimers Disease Assessment Scale; Rosen et al, 1984).
* Test de fluenta verbala de litera și grup semnatic.
* ADL
* IADL
* Figur Rey copiere și evocare.
* Grober-Buschke

### **Scanarea simptomelor psihologice și comportamentale în cadrul tulburărilor neurocognitive:**

* Inventarul Neuropsihiatric al lui Cummings sau NPI (The Neuropsychiatric Inventory; Cummings et al, 1984).

Scanarea funcțională **în cadrul tulburărilor neurocognitive:**

* Tinetti static și dinamic
* Scor Hachinski
* Scala Fragilității Edmonton
* Scala de evaluare a escarelor Norton

Scanarea nutriționala **în cadrul tulburărilor neurocognitive:**

* Mini Nutritional Assessement (MNA)

CT cerebral sau RMN cerebral

Spre deosebire de factorii cauzatori incriminați în apariția depresiei la tineri și adulții tineri, la vârstnici se vorbește despre modificările substanței albe în zona frontală a creierului și despre factori vasculari în apariția depresiei. De altfel, depresia este frecventă în procent semnificativ la persoanele suferinde de boala Alzheimer și demență vasculară. Aproape jumătate dintre **vâstnicii cu depresie** au o boală somatică. Deficitul de vitamina B12 și/sau vitamina B9 (acid folic) este de asemenea asociat cu depresia, ca și reducerile nivelului de neurotrasmițători din creier odată cu vârsta (serotonina, noradrenalina, dopamina).

## II.6. Diagnosticul diferențial

**II.6.1. Diagnosticul diferențial al anxietății**

*1. Tulburarea de panică*

|  |  |
| --- | --- |
| **Boli somatice** | **Tulburări psihice** |
| * IMA, angor pectoris (EKG, anamneză, clinic), alte boli cardiace: prolaps de valvă mitrală, tahicardie paroxistică supraventiculară (TPSV), insuficiență cardiacă cronică (ICC), HTA * Tireotoxicoză (apetit crescut, intoleranţă la căldură, scădere ponderală) * Feocromocitom * Hipoglicemie (anxietate postprandială + foame) * Boli pulmonare (astm, embolie) * Sindromul de hiperventilatie * Boli neurologice (cerebrovasculare, atac ischemic tranzitor, embolie, boala Wilson) * Boli endocrine (Addison, Cushing, diabet) * Sindrom premenstrual * Lupus eritematos sistemic (LES) * Arterită temporală * Uremie * Infecţii sistemice * Tulburări electrolitice * Intoxicaţii cu metale grele * Sindrom carcinoid   Sugerată de   * debut după 45 de ani, * simptome atipice în cursul unui atac de panică (de ex., vertij, pierderea conştienţei, pierderea controlului sfincterian, cefalee, dizartrie sau amnezie)   Consum de substanţe:toxicologie urinară | * Simulare, tulburări factice * Fobii specifice, sociale, tulburarea de stres posttraumatic (PTSD) * Tulburarea hipocondriacă, depersonalizarea * Tulburarea de adaptare cu anxietate (stresor social cu până la 3 luni înainte) * Schizofrenia, tulburarea delirantă * Depresia (50-70% au anxietate, ruminații obsesive) * Tulburarea afectivă bipolară (TAB) – anxietate în episodul maniacal, hipomaniacal   In alte tulburări anxioase atacurile de panică sunt circumscrise situational sau predispuse situational. Focalizarea anxietății ajută la diferenţiere. Evitarea agorafobică - anxietatea referitoare la posibilitatea de a nu avea un atac de panică sau senzații similare panicii. Evitarea în alte tulburări: preocupare referitoare la consecintele negative sau dăunătoare datorate obiectului sau situației temute (de ex. frica de scrutare, de umilire și de punere în dificultate, în fobia socială; căderea dintr-un loc înalt în fobia specifică de înalțimi; separarea de părinți în anxietatea de separare; persecutia în tulburarea delirantă).  Pot fi utili pentru diferenţiere patru factori:   * focarul anxietății, * tipul și numărul atacurilor de panică * numărul situațiilor evitate și * nivelul anxietății intercurente.   Atacurile de panică nocturne, care trezesc un individ din somn, sunt caracteristice panicii.  Diagnosticul adițional de panică nu este pus dacă apar atacuri inopinante de panică în contextul altei tulburări (de ex., tulburarea depresivă majoră sau anxietatea generalizată), dar nu sunt acompaniate timp de o lună sau mai mult, de teama de a nu avea atacuri ulterioare, de preocupări asociate sau de o modificare de comportament. |

*2.a. Fobia specifică*

Diagnosticul diferențial se face cu alte tulburări anxioase: în fobiile specifice nivelul anxietății intercurente este scăzut, nu este generalizat. Poate apărea o anticipare anxioasă generalizată dacă întâlnirile cu stimulul fobiei devin foarte probabile.

* **Fobia de tip situaţional** (în funcție de prezența AP inopinante). Există patru factori de diferenţiere:
  + focarul fricii
  + tipul și numărul AP (inopinante, situaţionale, predispus situaţionale)
  + numărul situațiilor evitate
  + nivelul de anxietate intercurentă.
* **Fobia socială:** pot fi diferențiate pe baza focalizării fricilor.
* **PTSD:** evitare care urmează unui stresor care amenință viața; acompaniată de elemente în plus
* **Tulburarea obsesiv-compulsivă:** evitarea este asociată cu conținutul obsesiei (murdărie, contaminare)
* **Anxietatea de separare**: comportament de evitare limitat la fricile de separare de persoanele de care este atașat
* **Hipocondria** (teama de boli): depinde de prezența / absența convingerii în existența bolii
* **Anorexia și bulimia nervoasă:** evitare limitată exclusiv la alimente
* **Schizofrenia, tulburarea delirantă, altă tulburare psihotică:** poate evita anumite activități ca răspuns la idei delirante, dar nu recunoaște că frica sa este excesivă sau nejustificată.

*2.b Fobia socială*

* **Panică cu agorafobie** (şi alte situaţii care nu implica scrutarea de către alții, iar un companion reduce anxietatea)
* **Copiii cu anxietate de separare** (a nu fi separați de curatorul lor)
* **Tulburarea de anxietate generaliztă, fobia specifică** (de ex. jena în legatură cu faptul de a leșina când i se ia sânge), **tulburarea obsesiv-compuslivă** (evitare socială secundară ritualurilor TOC)
* **Tulburare de dezvoltare generalizată, tulburare de personalitate schizoidă (**evitarea situaţiilor sociale datorită lipsei de interes).
* **Tulburare de personalitate evitantă** (anxietate mai putin intensă), pare a se suprapune în mare măsură peste fobia socială generalizată
* **Alte tulburări mintale** (de ex. tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, schizofrenia, tulburarea dismorfică corporală).
* **Afectare a stării de sănătate** sau o **tulburare mintală cu simptome potential jenante** (de ex. tremorul în maladia Parkinson, balbismul, obezitatea, strabismul, cicatricile faciale sau comportamentul alimentar anormal în anorexia nervoasă) .
* **Anxietatea de funcționare, frica de scenă (tracul) și timiditatea:** în situatiile sociale care implică persoane nonfamiliare aceste afecțiuni sunt frecvente (se pune diagnosticul de fobie socială doar dacă apare deteriorare / detresă semnificativă).

3*. Tulburarea de anxietate generalizată*

* **Datorată unor afectări ale stării de sănătate** 
  + Neurologice – neoplasme cerebrale, boli cerebrovasculare, hemoragie subarahnoidiană, migrenă, encefalite, scleroză multiplă, boala Wilson, epilepsie
  + Endocrine – hipofizare, tiroidiene, suprarenaliene (feocromocitom), paratiroidiene
  + Sistemice – cardiovasculare, anemii
* **Indusă de substanţe:** alcoolism, intoxicații cronice cu droguri, sevraj, cofeină, mercur, arsenic, organofosforice
* **Alte tulburări anxioase de pe axa** I (diferenţiate prin focarul anxietăţii şi preocupării)
* **Tulburare obsesiv-compulsivă** (intrusiuni egodistonice ca idei, constrângeri, impulsuri și imagini + compulsii care reduc anxietatea)
* **Tulburare de stres posttraumatic, TDR, TAB, tulburări psihotice:** nu se diagnostichează tulburarea de anxietate generalizată dacă anxietatea survine exclusiv în cursul acestora
* **Tulburarea de adaptare**: anxietatea survine ca răspuns la un stresor de viață, și are o durată sub 6 luni
* **Anxietatea nonpatologică**: probabilitatea unei tulburări de axietate generalizată crește direct proporțional cu circumstanțele de viață despre care o persoană este preocupată în mod excesiv (finanțe, protecția copiilor, randamentul profesional, reparațiile mașinii).

*2. Tulburarea obsesiv-compulsivă*

* **Tulburarea anxioasă datorată unei afectări a stării de sănătate / substanţe**
* Altă tulburare mintală – **TDR,** se caracterizează prin preocupări specifice corespunzătoare. În tulburarea obsesiv-compulsivă depresia e secundară tulburării anxioase generalizate (preocupări excesive în legătură cu circumstanțe de viață reale), **atacurile de panică** (secundare expunerii la trăirile obsesive – obsesia de contaminare), **fobia specifică de maladie.**
* **Hipocondria** – caracter ideativ repetitiv centrat pe funcţionarea corporală. Diagnosticul este de tulburare obsesiv-compulsivă dacă teama de a nu avea o maladie este acompaniată de ritualuri.
* **Tulburarea dismorfică corporală** – potenţial delirant mai pregnant, introspecție mai diminuată.
* **Schizofrenia**
* **Tulburarea delirantă**: idei delirante ruminative și comportamente stereotipe bizare - nu sunt egodistonice, critica este absentă
* **Sindromul Tourette, mișcarea stereotipă** (ticuri sau mişcări stereotipe - mai putin complexe și nu au rol de a neutraliza o obsesie, nu sunt precedate de anxietate, obsesii).
* **Tulburări de control al impulsurilor** – cleptomanie, tricotilomanie, joc de şansă patologic – urmate de gratificare şi apoi de diminuarea tensiunii
* **Activități excesive,** cum ar fi mâncatul (tulburări de comportament alimentar), comportamentul sexual (ex., parafiliile), jocul de șansă, sau uzul de o substanță (de ex., dependența sau abuzul de alcool) când sunt întreprinse în mod excesiv, sunt denumite „compulsive", dar nu sunt compulsii (generează placere)
* **Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă:** fără obsesii /compulsii dar tipar generalizat de preocupare pentru ordine, perfectionism, control, fără afectarea severă a calităţii vieţii. Nu este întotdeauna o precondiţie a TOC. Stil egocentric.
* **Superstițiile și** comportamentele de verificare repetitive.

*4. Hipocondria*

* **Boli somatice – stadiile precoce din boli neurologice** (de ex., scleroza multiplă, miastenia gravis)**, endocrine (**de ex. tiroidiană sau paratiroidiană), **boli de sistem** (de ex. lupus eritematos sistemic) și **neoformatiile maligne oculte**.
* **Tulburarea anxioasă generalizată, TDM:** preocupări legate de sănătate
* **Tulburarea obsesiv compulsivă:** Pot avea gânduri intrusive referitoare la a avea o maladie și comportamente compulsive asociate (de ex. să caute reasigurare). Un diagnostic separat de **TOC** este pus numai dacă obsesiile sau compulsiile sunt limitate la preocupările referitoare la maladie (de ex. verificarea încuietorilor).
* **Atacurile de panică:** pot fi declanșate de preocupările hipocondriace.
* **Fobia specifică** („de maladie"): se teme sa nu fie expus unei maladii; **hipocondria:** temere că are boala.
* **Tulburarea dismorfică corporală:** preocuparea este limitată la aspectul fizic al persoanei.
* **Tulburările psihotice:** idei delirante somatice. În hipocondrie, convingerea nu atinge proporții delirante (adică, individul poate admite posibilitatea ca maladia temută să nu fie prezentă).
* **Tulburări de somatizare** (caracteristici familiale, accent pe simptome individuale, schimbătoare)
* **Tulburări disociative**

**II.6.2 Diagnosticul diferențial al depresiei**

* **Doliu**
* **Tulburare schizoafectivă**
* **Schizofrenie**
* **Tulburări de personalitate**
* **Tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă**
* **Tulburare depresivă datorată unei afectări a stării generale**
* **Tuulburare depresivă indusă de substanțe**

## II.7. Complicații, măsuri de urgență

* **Recidive frecvente**: episoade multiple, complicații somatice, rexistență la tratamentul psihoterapeutic și/sau tratamentul antidepresiv, disfucnție socială
* **Efecte adverse ale terapiei medicamentoase sau interacțiuni medicamentoase**

## II.8. Algoritm de diagnostic și tratament în osteoporoză

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stabilirea diagnosticului de suspiciune clinică de tulburare anxios-depresivă pe baza anamnezei și examenului clinic** | | | | |
|  | | | | |
| **Efectuarea investigațiilor minimale și facultative pentru stabilirea diagnosticului de certitudine, determinarea gradului de activitate și a extensiei bolii și pentru excluderea unor afecțiuni subiacente** | | | | |
| **Bilanț de bază** | | **Alte investigații utile în stabilirea diagnosticului – efectuate în cazuri selectate, în funcție de particularitatea cazului** | **Investigații în vederea excluderii unor afectiuni subiacente** | |
|  | | | | |
| **Confirmarea diagnosticului** | | | | |
|  | | | | |
| **Intocmirea schemei de tratament individualizat în funcție de:** | | | | |
| * rezultatul antibiogramei efectuate după urocultură * severitatea infecției | * comorbidități * evaluarea funcției renale * evaluarea funcției hepatice | | | * eliminarea altor cauze prin diagnostic diferențial |
|  | | | | |
| **Monitorizarea pe parcursul spitalizării a evoluției bolii, a răspunsului la tratament, depistarea precoce și tratamentul prompt al complicațiilor acute/cronice:** | | | | |
| * urmărirea evoluției simptomelor și semnelor clinice * monitorizarea uroculturilor * repetarea testelor de laborator în vederea evaluării stării altor organe și funcții * schimbarea terapiei în cazul apariției semnelor de complicație a bolii | | | | |

## II.9. Criterii de spitalizare

* se recomandă spitalizarea în regim de zi sau continuă a tuturor pacienților cu manifestări clinice sugestive pentru diagnosticul de anxietate sau depresie, în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine, investigațiilor de bilanț, investigațiilor cu viză etiologică, pentru stabilirea extensiei bolii, instituirii tratamentului de specialitate și monitorizării evoluției clinice
* vor fi spitalizați pacienții care se prezintă la control cu semne clinice de agravare a bolii și pacienții la care se detectează complicații ale bolii sau reacții adverse severe al terapiei
* se recomandă spitalizarea pacienților cu afecțiuni asociate grave
* pacienții care nu răspund la tratament sau prezintă o evoluție atipică a bolii vor fi internați pentru reevaluare și stabilirea conduitei terapeutice
* vor fi spitalizați pacienții ce necesită măsuri terapeutice care impun supraveghere medicală atentă și personal specializat.

## II.10. Criterii de transfer în terapie intensivă

Vor fi transferati în Sectia de Terapie Intensiva pacientii la care apare deteriorarea starii generale și/sau care dezvoltă dezechilibre hidroelectrolitice, cardio-respiratorii, alterarea statusului neurologic, sepsis sau alte manifestari care pun viața în pericol, după consultul efectuat de medicul ATI (vezi protocolul de transfer în Secția de Terapie Intensivă).

## II.11. Criterii de transfer în altă secție

Se impune transferul pacienților diagnosticați cu comorbidități în formă severă asociate tulburării anxios-depresive în sectii de profil, în cazul în care apar manifestări de organ ce depășesc competența medicului geriatru.

## II.12. Criterii de transfer în alt spital

Transferul în altă unitate spitalicească se efectuează în cazul în care Spitalul Universitar de Urgență Elias nu dispune de resurse materiale necesare investigării complete a pacientului, de personal medical care să dețină competențele necesare sau în situația în care nu se poate asigura tratamentul optim (vezi protocoalele de colaborare ale Spitalului Universitar de Urgență Elias cu alte unități spitalicești).

## II.13. Tratamentul

Tratarea bolilor psihice ale vârstnicilor se va face în secții destinate persoanelor din această categorie de vârstă, secții de psihogeriatrie unde se va efectua, de asemenea, și tratamentul comorbidităților, a factorilor patogenici.

**Tratamentul psihoterapeutic**

Tratamentul psihoterapeutic este de mare ajutor. Se consideră că formele de psihoterapie cognitiv-comportamentală ar avea efect în tratarea depresiei la vârstnici ca și terapia interpersonală. Terapia cognitiv-comportamentală trebuie totuși modificată, adaptată la capacitatea cognitivă a vârstnicilor pentru activarea comportamentului la vârstnici, metodă terapeutică prin care vârstnicii sunt ajutați să-și planifice și să-și organizeze ziua astfel încât să fie scoși din izolare și pasivitate. Vârstnicii sunt ajutați și stimulați să se implice în acțiuni plăcute, utile, care să le redea bucuria și sentimentul că sunt valoroși, acceptați și doriți de cei din jur. În cazul anxietății la vârstnic, obiectivul este comutarea atenţiei de pe simptomele hipocondriace, controlul evitării agorafobice, conştientizarea faptului că obsesiile şi compulsiunile sunt excesive şi nejustificate.

**Tratament psihofarmacologic**

Există o gamă largă de antidepresive, din clase diferite, cu variate mecanisme de acţiune, care prezintă indicaţii în anumite tulburări afective, dar totodată şi o mulţime de efecte adverse, precum şi posibilitatea de interacţiune cu medicaţia asociată.

Tratarea medicamentoasă a depresiei la vârstnici urmează modelul tratamentului la adulții tineri, cercetarea clinică a efectelor medicamentelor la vârstnici este însă momentan săracă. În lipsa dovezilor rezultate din cercetare se recurge la experiența clinică. Tratarea depresiei se face cu antidepresive. Dozele de medicamente antidepresive sunt reduse la vârstnici. Se recurge la preparate farmacologice de tip SSRI ca de ex Escitalopram, Sertralin, care sunt bine tolerate de către vârstnici, reprezintă prima alegere terapeutică datorita lipsei potenţialului de dependenţă şi profilului favorabil al efectelor adverse. Alte preparate antidepresive ca Venlaflaxin, Mirtazapin au efecte mai puternice.

Tratamentul psihofarmacologic se administreaza 6-12 luni iniţial pentru consolidare, apoi 1-2 ani pentru menținere și prevenirea recăderilor. De asemenea, se recomandă precauție când se recomandă întreruperea tratamentului.

**Inhibitori ai recaptării serotoninei**: Debutul efectului farmacodinamic al inhibitorilor recaptării serotoninei se produce variabil, de la câteva ore până la 2-3 zile de la începutul terapiei. Concentraţia maximă în sânge se atinge după 10-21 de zile. Starea de up-regulation a sinapselor poate determina la început un pseudosindrom serotoninergic, cu agitaţie psihomotorie, akatisie, insomnie, tremurături, greţuri şi vărsături, fasciculaţii musculare. Pseudosindromul răspunde bine la terapia cu benzodiazepine şi, de obicei, se remite spontan în câteva zile.

Sindromul serotoninergic pur se întâlneşte mai ales la antidepresivele triciclice şi heterociclice, mai rar la inhibitorii de recaptare ai serotoninei şi se produce cel mai frecvent ca urmare a unor asocieri medicamentoase cu inhibitori enzimatici ai metabolizării medicamentelor sau cu agenţi farmacologici activi care cresc nivelul serotoninei în organism (ca, de exemplu, tramadolul). Sindromul serotoninergic se manifestă prin agitaţie, confuzie, transpiraţii profuze, midriază, spasme musculare sau incoordonare motorie, febră, frison, convulsii, comă şi trebuie tratat similar cu intoxicaţiile.

Tratamentele cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei sunt îndelungate, cel mai scurt tratament indicat fiind de 3-6 luni. Nu se întrerupe niciodată brusc o terapie cu inhibitori selectivi de recaptare ai serotoninei. În condiţiile opririi bruşte a tratamentului, se pot produce: insomnii, agitaţie, confuzie, tremurături, anxietate şi chiar halucinatii.

**Inhibitori ai recaptării serotoninei şi noradrenalinei**

Venlafaxina: inhibă recaptarea serotoninei şi a noradrenalinei, cu creşterea concentraţiei acestor neurotransmiţători în creier şi în organism. Se administreaza pentru tratamentul tulburărilor depresive majore, al anxietăţii generalizate, al tulburărilor de panică, al fobiei sociale şi al simptomelor vasomotorii. Efectele sale antidepresive sunt comparabile cu cele ale mirtazapinei, escitalopramului şi ale sertralinei.

În funcţie de manifestările clinice ale pacientului (anxietate, insomnie, simptome psihotice), medicaţia antidepresivă se poate asocia, pentru perioade limitate de timp, cu anxiolitice, sedative, respectiv antipsihotice. În cazul în care tulburările afective răspund greu la antidepresivele clasice, se pot asocia substanţe cu efect stabilizator al dispoziţiei (timo-stabilizatoare).

Tratamentul tulburărilor afective este complex, el asociind farmacoterapia cu psihoterapia. Efectele farmacodinamice ale antidepresivelor se instalează după o perioadă de timp ce variază între 2 şi 4 săptămâni, perioadă în care psihoterapia manifestă efecte benefice. Este cunoscut faptul că, în foarte multe dintre cazuri, pacienţii abandonează rapid medicaţia; în aceste condiţii, psihoterapia îşi manifestă efectele benefice, mărind complianţa pacientului la tratament, ca urmare a diminuării sau chiar înlăturării sentimentului de izolare şi a senzaţiei că nu este înţeles de către anturaj. Astfel, pacientul devine mult mai comunicativ şi mai conştient că oprirea administrării medicamenteleor prescrise poate avea ca rezultat reapariţia bolii.

**Tratamentul anxietății la vârstnici**

La vârstnici se folosesc antidepresive pentru anxietate cu depresie de lungă durată, dintre acestea medicamentele de tip SSRI reprezintă prima alegere. În caz de anxietate sau neliniște ce apar ocazional, se folosesc benzodiazepine care au efecte pe simptomele somatice, nu pe cele cognitive sau depresive asociate. Totuși, folosirea benzodiazepinelor în tratarea anxietății la vârstnici este o alegere ce trebuie bine gândită și pusă în balanță cu efectele care se pot obține. Medicamentele din clasa benzodiazepinelor au efecte secundare mai serioase decât la adulții tineri, printre care sindrom confuzional și risc de cădere.

Obiectivul tratamentului este controlul simptomelor, reducerea numărului și a intensitaţii atacurilor de panică, reducerea anxietaţii anticipatorii, nu vindecarea.

**Predicţia absenţei răspunsului la tratament - Factori de prognostic negativ (**Nu au valoare predictivă pentru severitatea, durata tulburării, sexul, vârsta şi tipul de simptome):

* debut precoce
* stresori psihosociali,
* comorbidități: abuz de substante, tulburare schizotipală, borderline, evitantă
* prezenţa colecţionarismului, obsesiilor religioase, sexuale,
* noncomplianţă,
* beneficii secundare (acomodare la simptome)
* eşec anterior cu ISRS
* nu tolerează dozele recomandate sau psihoterapia

## II.14. Evoluție, monitorizare pe durata internării

**Evoluția**

*1. Hipocondria*

**-** Debut la începutul perioadei adulte. Evoluția este cronică, oscilantă, cu intensificari și ameliorari, uneori recuperarea este completă.

- Factori precipitanți: stresorii psihosociali, în special moartea cuiva apropiat pacientului.

- Factori de pronostic pozitiv:

* debut acut
* comorbidităţi somatice
* fără tulburări de personalitate
* fără convingere delirantă
* nivel socio-economic ridicat
* absenţa beneficiului secundar (protecţia anturajului – rol în cronicizare).

*2. Tulburarea obsesiv compulsivă*

- Debut gradual / acut în adolescență / precoce în viața adultă, dar și în copilărie. Evoluția este cronică, accentuată la stress, cu perioade de ameliorare ce alternează cu perioade de reacutizare.

- Dacă debutul este precoce, în prezența unei comorbidități cu tulburarea de personalitate (schizotipală), prognosticul este invalidant.

*3. Tulburarea de anxietate generalizată*

- Circa 65% dintre pacienți au încă o tulburare pe axa I : tulburări afective, anxioase, consum de substanțe sau alte afecțiuni care pot fi asociate cu stresul (de ex. sindromul de colon iritabil, cefalee), tulburare de personalitate (Cluster C)

- Copiii și adolescenţii au preocupări de performanţă, sportive, şcolare, de punctualitate, se tem de evenimente catastrofice

- Anxietatea de separare, fobia socială și tulburarea obsesiv-compulsivă sunt acompaniate adesea de preocupări similare ca în tulburarea anxioasă generalizată

**-** Evoluția estecronică, dar fluctuantă și adesea se înrăutățeste în cursul perioadelor de stres. Se produce o deteriorare funcțională socio-profesională. 25% se remit după 2 ani de tratament.

*4. Fobia specifică*

- debutul cu fobia de animale se produce în copilarie

- debutul cu fobia specifică de tip situațional are caracter bimodal: apare fie în copilarie, fie la mijlocul anilor celui de-al treilea deceniu de viață.

- debutul pentru situațiile de mediu natural (de ex. fobia de înălțimi) se produce în copilărie sau precoce în viața adultă. Dispar sau nu la adult.

- claustrofobia apare mai târziu, înainte sau după 20 ani.

*5. Fobia socială*

- este adesea continuă

- poate progresa spre atacuri de panică sau evitare socială aproape completă (invalidantă)

- se poate atenua cu trecerea timpului

*6. Tulburarea de panică*

- în condițiile unui traament corect, are prognostic bun.

- episodul iniţial apare spontan, dar posibil și la 3-6 luni după un eveniment semnificativ stresant, sau ca o complicaţie a uzului de substanţe psihoactive

- simptomatologia se agravează după al doilea sau al treilea atac de panică

**Monitorizarea**

Pe durata internării vor fi monitorizate zilnic temperatura corpului, frecvența respiratorie, alura ventriculară, tensiunea arterială, greutatea, diureza, severitatea semnelor și simptomelor, dezvoltarea complicațiilor. Se vor efectua investigații paraclinice suplimentare în funcție de evoluție și de particularitățile cazului.

Răspunsul la tratament poate fi apreciat în funcție de evoluția semnelor clinice.

În cazul rezistenței la tratament sau unei evolutii atipice, se va efectua reevaluarea pacientului pentru excluderea patologiilor somatice asociate.

## II.15. Criterii de externare

Vor fi externați pacienții la care s-a obținut controlul bolii, ameliorarea semnificativă sau remiterea manifestarilor clinice, care nu necesită intervenții diagnostice sau terapeutice suplimentare sau monitorizare atentă de către personal medical specializat.

## II.16. Monitorizarea după externare

Planul de monitorizare a pacienților după externare se stabilește în funcție de particularitățile fiecărui pacient în parte, precum și de subtipul de anxietate prezentă, precum și alte criterii legate de adresabilitate, posibilitățile de îngrijire (personală sau de către familie).

Monitorizarea după externare se va realiza în cadrul echipei multidisciplinare formată din medic geriatrie-gerontologie, psihogeriatru în colaborare cu medicul de familie, precum și orice altă specicializare în funcție de complicațiile individuale decelate.

# III. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE

## III.1. Ambulatoriu

**Resurse umane, competențe necesare:**

* medic specialist geriatrie-gerontologie
* asistent medical
* medic de laborator

**Resurse materiale, echipamente medicale:**

* tensiometru
* stetoscop
* cântar
* glucometru
* electrocardiograf
* laborator de analize medicale
* serviciu de radiologie
* medicație specifică antidepresivă
* medicamente necesare pentru tratamentul patolgiei asociate, a compplicațiilor acute și cronice

## III. 2. Spitalizare de zi

**Resurse umane, competențe necesare:**

* medic specialist geriatrie-gerontologie
* asistent medical
* medic de laborator
* posibilitatea efectuării de consulturi interdisciplinare: medic specialist cardiologie, neurologie etc.

**Resurse materiale, echipamente medicale:**

* tensiometru
* stetoscop
* cântar
* glucometru
* electrocardiograf
* laborator de analize medicale
* serviciu de radiologie
* posibilitatea efecutării de consulturi interdisciplinare: medic specialist cardiolog, neurolog etc.
* medicatie specifică antidepresivă
* medicamente necesare pentru tratamentul patologiei asociate, a complicațiilor acute și cronice

III. 3. Spitalizare continuă**:**

**Resurse umane, competențe necesare:**

* medic specialist geriatrie-gerontologie
* asistent medical
* medic de laborator
* posibilitatea efectuării de consulturi interdisciplinare: medic specialist cardiolog, neurolog, infecționisst etc.

**Resurse materiale, echipamente medicale:**

* tensiometru
* stetoscop
* cântar
* glucometru
* electrocardiograf
* ecograf
* spirometru
* fibrogastroscop
* bronhoscop
* laborator de analize medicale
* serviciu de radiologie
* medicație specifică antidepresivă
* medicamente necesare pentru tratamentul patogiilor asociate, complicațiilor acute și cronice

# IV. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

## IV.1. Reglementari juridice

Responsabilitate legală: în caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștiințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat.

Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui pacient, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului.

Abaterile de la protocol vor fi documentate în foile de observație clinică. Vor fi consemnate următoarele informații:

* descrierea abaterii de la protocol, data și ora producerii acesteia
* acțiunile care au fost luate în urma constatării abaterii
* data și ora aplicării măsurilor corective, cu detalierea acestora
* semnătura persoanei responsabile cu aplicarea măsurilor corective.

*Situațiile în care sunt permise abateri de la protocol sunt*:

1. lipsa aprovizionării farmaciei spitalului cu un anumit medicament

SOLUȚII:

* completarea nomenclatorului de medicamente al farmaciei spitalului
* eficientizarea aprovizionării cu medicamente a farmaciei spitalului

1. imposibilitatea efectuării unei anumite analize de laborator datorită lipsei de reactivi

SOLUȚII:

* achiziționarea de reactivi chimici de laborator necesari evaluării complete și corecte a pacienților diagnosticați cu infecție de tract urinar

1. imposibilitatea efectuării unor investigații imagistice din cauza lipsei dotării spitalului cu aparatura sau echipamentele necesare, sau lipsa personalului medical instruit

SOLUȚII:

* achiziționarea de aparatură medicală sau încheierea de contracte de colaborare cu instituții care dețin resursele necesare investigării complete a pacienților.
* obținerea de noi competențe de către medici și asistentele medicale

## IV.2. Studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol

Abaterile de la protocol sunt, de asemenea, permise în cazul pacienților incluși în studiile clinice care se derulează în cadrul spitalului, aprobate de către Comisiile de Etică, caz în care se va respecta protocolul studiului respectiv.

# V. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI LA NIVELUL SPITALULUI

**INDICATORI DE STRUCTURĂ**

**Indicatorul 1:** costul mediu al spitalizării pacienților cărora li s-a aplicat protocolul, raportat la costul mediu al spitalizării pacienților la care nu s-a aplicat protocolul

**Obiectiv:** utilizarea eficientă a resurselor medicale

**Valoarea țintă: <** 90%

**Metoda de calcul:** costul mediu al spitalizarii pacienților cărora li s-a aplicat protocolul / costul mediu al spitalizării pacienților la care nu s-a aplicat protocolul \*100

**INDICATORI DE PROCES**

**Indicatorul 2:** proporția pacienților cu abatere de la recomandările protocolului raportat la numărul total de pacienți cu afecțiunea respectivă

**Obiectiv:** uniformizarea și îmbunătățirea calității practicii medicale

**Valoarea țintă:** maximum 10%

**Metoda de calcul:** numărul pacienților din ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar la care nu s-au respectat recomandările protocolului, raportat la numărul total al pacienților diagnosticați în ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar x 100

**Indicatorul 3:** durata medie a spitalizării pacienților cărora li s-a aplicat protocolul, raportat la durata medie a spitalizării pacienților cu această afecțiune

**Obiectiv:** optimizarea duratei de spitalizare a pacienților diagnosticati cu infecție de tract urinar

**Valoarea țintă:** 85%

**Metoda de calcul:** durata medie de spitalizare pentru pacienții din ultimele 6 luni cărora li s-a aplicat protocolul, raportat la durata medie de spitalizare pentru această afecțiune în ultimele 6 luni \*100

**INDICATORI DE REZULTAT**

**Indicatorul 4:** proporția pacienților externați în stare ameliorată

**Obiectiv:** uniformizarea și îmbunătățirea calității practicii medicale

**Valoarea țintă:** minimum 90%

**Metoda de calcul:** numărul pacienților din ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar externați în stare ameliorată, raportat la numărul total al pacienților diagnosticați în ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar x 100

**Indicatorul 5:** proporția pacienților care au prezentat complicații ale bolii pe parcursul spitalizării

**Obiectiv:** reducerea numărului de pacienți care dezvoltă complicații ale bolii sau legate de medicația utilizată, depistarea precoce și tratarea adecvată a acestora

**Valoarea țintă:** maximum 10%

**Metoda de calcul:** numărul pacienților din ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar care au prezentat complicații ale bolii, raportat la numărul total al pacienților diagnosticați în ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar x 100

**Indicatorul 6:** proporția pacienților care au necesitat o nouă spitalizare pentru infecție de tract urinar în decurs de 30 de zile de la externare

**Obiectiv:** reducerea numărului de pacienți cu infecție de tract urinar care necesită spitalizări repetate

**Valoarea ținta:** maximum 5%

**Metoda de calcul:** numărul pacienților din ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar care au necesitat o nouă spitalizare pentru acestă afecțiune în decurs de 30 de zile de la externare, raportat la numărul total al pacienților diagnosticați în ultimele 6 luni cu infecție de tract urinar x 100

# VI. TERMENE

VI.1. *Instruirea personalului*: decembrie 2019, ulterior anual sau la fiecare nouă angajare de personal medical.

VI.2. *Evaluarea eficienței protocolului*: la interval de 6 luni.

VI.3. *Responsabil pentru colectarea datelor necesare evaluării protocolului*: Prof. Univ. Dr. Luiza Spiru.

VI.4. *Monitorizarea conformității cu protocolul* se va realiza pe baza fișei de evaluare anexate

VI.5. *Persoana la care se apelează în cazul în care există dificultăți în utilizarea documentului de protocol*: Prof. Univ. Dr. Luiza Spiru.

VII. PERSOANELE RESPONSABILE PENTRU FURNIZAREA DE INFORMAȚII SUPLIMENTARE**: Dr. Ioana Ioancio, Dr. Ana-Maria Doscan, Dr. Mihaela Cosmina Niculescu, Prof. Univ. Dr. Luiza Spiru – Clinica de Geriatrie-Gerontologie și Psihogeriatrie a S.U.U. „Elias” București, România.**

# VIII. REVIZUIREA PROTOCOLULUI

Protocolul va fi evaluat la interval de 6 luni după cum urmează:

* evidențierea și cuantificarea beneficiilor pentru pacienți și personal
* asigurarea că obiectivele sunt indeplinite și rămân adecvate
* asigurarea că întregul personal cunoaște protocolul
* actualizarea recomandărilor de bună practică medicală conform ghidurilor naționale și internaționale
* punerea în aplicare a standardelor naționale/internaționale, care sunt revizuite periodic.

# IX. BIBLIOGRAFIE

1. Romoșan, I., Spiru Luiza – Tratat de geriatrie, Editura Academiei Ana Aslan International, București, 2004.

2. Spiru, Luiza, Romoșan, I. - Medicina Longevității - TRATAT DE GERIATRIE, Editura Ana Aslan International, Academy of Aging, București, 2018.

3. The Merk Manual of Geriatrics, Ed. Merck & comp.,Whitehouse Station N.J.,2000, Editia X.

4. Howard, M. Fillit, MD, Kenneth Rockwood, MD, FRCPC and John B Young, MD - Brocklehurst`s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 8th Edition , Elsevier, 2016.