



PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN SCHIZOFRENIE

COD PM-PSIH-003

Aprob

Conf. Univ.

Elaborat Conf. Univ. Dr. Romoșan Radu-Ștefan

Medic șef secție - Clinica Psihiatrie I,
 Prof. Univ. Dr. ENĂTESCU VIRGIL-RADU

Medic șef secție - Clinica Psihiatrie II,
 Prof. Univ. Dr. DEHELEAN LIANA

Medic șef Centru de Sănătate Mintală
 Dr. ILEANA STOICA

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data
 de 13-06-2024 (P.V. nr. 2785).



Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului	3
3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	3
4.1. Reglementări internaționale	3
4.2. Reglementări naționale	3
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	4
5.1. Definiții ale termenilor.....	4
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	4
6. Descrierea protocolului	5
7. Resurse necesare	16
8. Condiții de abatere de la protocol	16
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	17
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	17



1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
Ediția 2			04.04.2023
Revizia 1	Indicatori și responsabilitati	-	17.06.2024

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă gestionarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament în schizofrenie.

Implementarea PM asigură reducerea variabilității de practică, permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus.

Asigură creșterea eficacității și eficiențării costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale și asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.

3. Domeniul de aplicare a procedurii operaționale

Protocolul se aplica tuturor pacienților cu suspiciune de schizofrenie din cadrul Clinicii de Psihiatrie - Spitalului Clinic Județean De Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara.

- 1.1. Nivelul de asistență medicală de ambulatoriu (Ambulatoriu Integrat)
- 1.2. Nivelul de asistență medicală spitalicească – Secția de Psihiatrie, Camera de gardă Psihiatrie.


4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate- BIBLIOGRAFIE

4.1. Reglementări internaționale

1. NICE
2. UpToDate
3. Cochrane Library
4. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry
5. ICD-10

4.2. Reglementări naționale

1. Protocoalele în vigoare ale Ministerului Sănătății al României (MS)
2. Protocoalele în vigoare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS)

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 4 din 18

5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspiciunea de anumită afecțiune
2.	Pacient	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau rănire potențială.
3.	Pacient critic	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;
5	Urgență medicală	accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, cu sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
2	ICD-10	International Classification of Diseases
3	NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
4	LSD	Dietilamida acidului lisergic
5	PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale (Scala Sindroamelor Pozitive și Negative)
6	MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Scala Montgomery-Asberg de Cotare a Depresiei)
7	YMRS	Young Mania Rating Scale (Scala Young de Cotare a Maniei)



8	SCL-90	Symptoms Checklist – 90 (Lista de Verificare a Simptomelor – 90)
9	EKG	Electrocardiogramă
10	AMI	Amisulpirid
11	ARIP	Aripiprazol
12	OLANZ	Olanzapină
13	QUET	Quetiapină
14	RISP	Risperidonă
15	ZIP	Ziprasidonă
16	HAL	Haloperidol

6. Descrierea protocolului

I.1 Factori de risc

- dezechilibrul sezonier al nașterilor (perioada iernii și începutul primăverii)
- genetice (vârsta înaintată a tatălui, ereditatea)
- perinatale (complicații obstetricale, agenți infecțioși, carențe nutriționale)
- psiho-sociale (abandon parental, abuz fizic/emoțional/sexual, divorț, pierderea locuinței/locului de muncă)
- consum de droguri (cannabis, LSD, cocaina, amfetamine)
- socio-demografici (vârsta tânără, mediul urban)

I.2 Detalii legate de screening

Nu există teste de laborator specifice pentru diagnosticarea schizofreniei. Se va efectua examen obiectiv, anamneză, precum și evaluări biologice și imagistice pentru a exclude alte boli.

I.3 Anamneza


Cuprinde motivele internării, antecedentele heredo-colaterale și cele personale patologice, abuzul de substanțe, condițiile de viață și muncă, educația, medicația luată de pacient anterior internării, istoricul de boală.

I.4 Tabloul clinic-examenul obiectiv

Examenul obiectiv se efectuează pentru a exclude alte boli (somatic).

Tabloul clinic al schizofreniei este dominat de următoarele simptome:

- Tulburarea de gândire: dedusă de obicei din anormalitățile limbajului scris și vorbit, cum ar fi slăbirea asociațiilor, digresiunile continue în vorbire, sărăcia conținutului vorbirii și utilizarea unor expresii idiosincratice.
- Delirurile: credințe false bazate pe inferențe incorecte despre realitate, în contradicție cu fondul social și cultural al pacientului. Se pot observa adeseori idei de referință, control sau persecuție.
- Halucinațiile: percepții senzoriale în absența unor stimuli exteriori. Halucinațiile auditive (în special vocile) și senzațiile fizice bizare sunt cele mai frecvente.
- Afectul anormal: reducere a intensității sau variabilității emoționale răspunsuri afective inadecvate sau incongruente din punctul de vedere al contextului comunicării.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 6 din 18

- Perturbările comportamentului motor: adoptarea pentru un timp îndelungat a unor poziții bizare; scheme de mișcări repetate, lipsite de scop; activitate intensă și dezorganizată sau reducerea mișcărilor spontane, cu o aparentă ignorare a mediului.

I.5 Investigații paraclinice

- analize sanguine (analizele uzuale, ionograma, hormoni tiroidieni, toxicologie)
- imagistice (tomografie computerizată și imagistică prin rezonanță magnetică cerebrală pentru excluderea organicității)
- explorări funcționale (Electroencefalogramă)
- scale psihometrice de evaluare (SCL-90, PANSS, MADRS, YMRS)
- examen psihodiagnostic (teste proiective : Rorschach, Szondi)

I.6 Diagnostic pozitiv

Schizofrenie F20

Criterii generale ICD-10: Cel puțin un simptom foarte clar/2 sau mai multe dacă sunt mai puțin bine conturate, aparținând grupelor de mai jos de la a la d, sau cel puțin două simptome din grupele de la e la h, trebuie să fie în mod clar prezente majoritatea timpului pe o perioadă de 1 lună sau mai mult

- Ecoul gândirii, inserția sau furtul gândirii
- Idei delirante de control, influență sau pasivitate
- Halucinații auditive comentative sau alte tipuri de halucinații auditive
- Idei delirante persistente, de orice tip
- Halucinații persistente de orice tip
- Dezorganizare ideo-verbală,
- Comportament catatonie (excitația, postură catatonică, flexibilitatea ceroasă, negativism, mutism, stupor)
- Simptome negative (apatie marcată, sărăcirea vorbirii, răcire afectivă) care să nu se datoreze depresiei sau medicației neuroleptice
- Lipsă de interes, retragere socială, auto-repliere

Forme clinice de schizofrenie

- Schizofrenia paranoidă F20.0
- Schizofrenia hebefrenă F20.1
- Schizofrenia catatonică F20.2
- Schizofrenie nediferențiată F20.3
- Depresie post-schizofrenie F20.4
- Schizofrenia reziduală F20.5
- Schizofrenia simplă F20.6

Tulburarea delirantă persistentă F22

- Prezența delirurilor, de orice tip, care să fie prezente de cel puțin 3 luni (să nu fie credințe sub-culturale)
- Să nu existe dovezi ale unei boli cerebrale, istoric de simptome schizofrenice (halucinațiile auditive, dacă există, să fie ocazionale)




- Delirurile persistă chiar și în prezența tulburărilor de dispoziție

Tulburări psihotice acute și tranzitorii F23

- Debut acut (în 2 săptămâni), de la o stare non-psihotică la o stare clar psihotică
- Prezența sindroamelor tipice
- Prezența unui stres acut asociat

	Diagnostic ICD-10	Criterii de diagnostic
1.	Tulburarea psihotică acută polimorfă fără simptome de schizofrenie F23.0	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Halucinațiile sau delirurile își schimbă intensitatea de la o zi la alta sau în cursul aceleiași zile ➤ Să existe o stare emoțională variabilă ➤ În pofida varietății simptomelor, să nu întrunească criteriile pentru schizofrenie, episodul maniacal sau depresiv ➤ Dacă simptomele persistă mai mult de 3 luni, diagnosticul trebuie schimbat în tulburare delirantă persistentă
2.	Tulburarea psihotică acută polimorfă cu simptome de schizofrenie F23.1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trebuie să îndeplinească criteriile pentru tulburarea psihotică polimorfă acută ➤ Să fie prezente simptomele ce întrunesc criteriile pentru schizofrenie ➤ Dacă simptomele de schizofrenie persistă mai mult de 1 lună, diagnosticul trebuie schimbat în cel de schizofrenie
3.	Tulburarea psihotică acută schizofrenia-like F23.2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Simptomele ce întrunesc criteriile pentru schizofrenie să fie prezente în majoritatea timpului ➤ Criteriile pentru tulburarea psihotică polimorfă să nu fie întrunite ➤ Dacă simptomele de schizofrenie persistă mai mult de 1 lună, diagnosticul trebuie schimbat în cel de schizofrenie
4.	Alte tulburări psihotice acute, predominant delirante F23.3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Delirurile și halucinațiile trebuie să fi fost prezente în majoritatea timpului ➤ Criteriile pentru tulburarea psihotică polimorfă sau schizofrenie să nu fie întrunite ➤ Dacă simptomele persistă mai mult de 3 luni, diagnosticul trebuie schimbat în tulburare delirantă persistentă

Tulburarea schizo-afectivă F25

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 8 din 18

În cadrul aceluiași episod de boală trebuie întrunite atât criteriile de diagnostic pentru schizofrenie cât și criteriile pentru o tulburare afectivă.

Tulburarea schizo-afectivă, tip maniacal F25.0

În cadrul episodului sunt întrunite atât criteriile pentru schizofrenie cât și cele pentru o tulburare afectivă:

- Prezența certă a simptomelor afective (maniacale): dispoziție elevată și iritabilitate, delir megaloman, stimă de sine crescută, energie vitală crescută, nevoie redusă de somn, apetit alimentar crescut
- Prezența simptomelor schizofrenice: halucinații auditive, olfactive și gustative, delir paranoid și de influență xenopată, inversiune afectivă

Tulburarea schizo-afectivă, tip depresiv F25.1

Sunt întrunite atât criteriile de diagnostic pentru schizofrenie, cât și criteriile pentru tulburare afectivă în cadrul aceluiași episod de boală:


- Prezența certă a simptomelor afective (dispoziție depresivă, anhedonie, stimă de sine scăzută, energie scăzută, apetit alimentar diminuat)
- Sunt prezente simptome de model schizofren (delir paranoid, de influență xenopată, halucinații auditive comentative și imperative, ambivalență afectivă față de părinți)

Tulburarea schizo-afectivă, tip mixt F25.2

1.7 Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial al schizofreniei se face cu:

- Tulburarea delirantă organică asemănătoare schizofreniei-F06.2
 - Sunt prezente criteriile de diagnostic a schizofreniei însă acestea sunt rezultatul unei disfuncții cerebrale, sau a unei boli organice care determină o disfuncție cerebrală (obiectivată prin examen somatic și analize de laborator), inclusiv dezechilibrele hormonale.
- Tulburări mentale și de comportament datorate utilizării substanțelor psihoactive. Tulburare psihotică-F1X.5
 - Simptomele psihotice debutează imediat după, sau cel mult la 2 săptămâni după consumul de substanțe psihoactive.
 - Simptomele persistă cel puțin 48 ore
 - Durata episodului nu depășește 6 luni
- Tulburarea schizotipală- F21
 - Se decelază un comportament excentric, anomalii ale gândirii și afectului
 - Nu apar anomalii caracteristice schizofreniei
- Tulburarea psihotică acută și tranzitorie- F23
 - Debut acut (maxim 2 săptămâni) și durata nu depășește 1-3 luni
- Tulburare schizo-afectivă F25
 - În cadrul aceluiași episod de boală trebuie întrunite atât criteriile de diagnostic pentru schizofrenie cât și criteriile pentru o tulburare afectivă.


 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 9 din 18

Diagnosticul diferențial al tulburării delirante persistente, precum al tulburării psihotice acute și tranzitorii se face cu:

- Schizofrenia
- Tulburarea delirantă organică asemănătoare schizofreniei,
- Tulburări mentale și de comportament datorate utilizării substanțelor psihoactive. Tulburare psihotică
- Tulburare schizotipală- F21
- Tulburarea schizoafectivă-F25
- Tulburare afectivă bipolară, episod depresiv sever cu simptome psihotice F31.5
- Episod depresiv cu simptome psihotice F32.2
- Manie cu simptome psihotice- F30.2
- Tulburare afectivă bipolară, episod maniacoal cu simptome psihotice – F31.2.

Diagnosticul diferențial al tulburării schizo-afective se face cu:

- Tulburare delirantă organică asemănătoare schizofreniei F06.2
 - Tabloul clinic poate întruni criteriile simptomatice pentru schizofrenie însă reprezintă consecința unei disfuncții cerebrale sau a unei boli organice generale ce determină o suferință cerebrală (obiectivate prin examen somatic și examinări paraclinice), inclusiv dezechilibrele hormonale.
 - Apare o ameliorare semnificativă a simptomatologiei psihotice după tratarea cauzei organice.
- Tulburări mentale și de comportament datorate utilizării substanțelor psihoactive. Tulburare psihotică F1X.5
 - Simptomele psihotice debutează imediat sau la cel puțin două săptămâni de la consumul substanței
 - Simptomele persistă cel puțin 48 de ore
 - Durata episodului nu depășește 6 luni
- Schizofrenia F20
 - Deși pot fi prezente simptome afective, nu sunt întrunite criteriile pentru o tulburare afectivă
- Tulburare schizotipală F21
 - Sunt prezente comportamentul excentric, anomalii ale gândirii și afectului, însă nu apare nici una din anomaliile certe și caracteristice schizofreniei.
- Tulburări delirante persistente F22
 - Delirurile sunt de lungă durată și constituie unica sau cea mai pregnantă caracteristică clinică.
 - Nu sunt întrunite criteriile pentru diagnosticul de schizofrenie
- Tulburare psihotică acută și tranzitorie F23
 - Debutul este acut (maxim 2 săptămâni) iar durata nu trebuie să depășească 1- 3 luni
- Tulburare afectivă bipolară, episod depresiv sever cu simptome psihotice F31.5
 - Episodul îndeplinește criteriile unui episod depresiv sever cu simptome psihotice

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	Cod: PM-PSIH-003	Revizia 1 Nr. de ex. 0 Pag. 10 din 18


- În istoricul bolii trebuie să existe cel puțin încă un episod afectiv hipomaniacal, maniacal sau mixt.
- Episod depresiv cu simptome psihotice F32.2'
 - Sunt îndeplinite criteriile unui episod depresiv
 - Delirurile și halucinațiile sunt prezente, dar nu sunt specifice schizofreniei
- Tulburare afectivă bipolară, episod maniacal cu simptome psihotice – F31.2. Episodul actual îndeplinește criteriile episodului manical cu simptome psihotice
 - Simptome de model maniacal (neliniște psihomotorie, delir megaloman, iritabilitate, irascibilitate, comportament heteroagresiv)
 - Simptome psihotice incongruente cu dispoziția afectivă, care nu întrunesc, însă, criteriile pentru schizofrenie: idei delirante de persecuție, halucinații auditive apelative și comentative
 - În istoricul bolii sunt prezente episoade maniacale, depresive și mixte
- Manie cu simptome psihotice- F30.2
 - Sunt îndeplinite criteriile unui episod maniacal.
 - Sunt prezente tulburările de percepție de tipul halucinațiilor, precum și delirurile, însă fără a fi specifice schizofreniei.

I.8 Complicații și măsuri de urgență

- Complicațiile pot fi: agitația psiho-motorie, suicidul, tulburările anxioase, tulburarea obsesiv-compulsivă, depresia, abuzul de substanțe (alcool, nicotină, droguri de risc), scăderea funcționalității la serviciu, școală, facultate, probleme financiare, vagabondaj, izolare socială, afecțiuni somatice asociate, comportament hetero- sau autoagresiv.
- În cazul în care pacientul reprezintă un pericol pentru sine și cei din jur, legea sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice (Legea 487/2002) permite următoarele măsuri:
 - ✓ Internarea nevoluntară
 - ✓ Conținerea fizică mecanică, în cazul în care s-au epuizat toate metodele terapeutice premergătoare conținței

I.9 Criterii de spitalizare

- Pacient cu agitație psihomotorie, hetero- sau autoagresiv
- Pacient cu prim episod psihotic, pentru implementarea și consolidarea tratamentului
- Recăderile și decompensările psihotice
- Refuzul tratamentului psihotrop în regim ambulatoriu
- Patologii asociate

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 11 din 18

I.10 TRATAMENTUL

I.11 IGIENO-DIETETIC

- Se recomandă întreruperea fumatului, deoarece acesta scade nivelul plasmatic al anumitor antipsihotice (Olanzapină, Clozapină)
- Se recomandă evitarea sucului de grapefruit, deoarece acesta crește nivelul plasmatic al antipsihoticelor
- Se recomandă o dietă echilibrată: aport crescut de fructe și legume, reducerea aportului de grăsimi saturate și carbohidrați simpli
- Efort fizic săptămânal
- Se interzice consumul de alcool și droguri

I.12 ETIO-PATOGENIC

❖ NEUROLEPTICE

Antipsihotice în schizofrenie:

DENUMIRE	DOZA MINIMĂ	DOZA MAXIMĂ
Antipsihotice de primă generație (convenționale)		
Haloperidol	2 mg	60 mg/zi
Sulpirid	200 mg	1000 mg/zi
Levomepromazin		1200 mg/zi
Antipsihotice de a doua generație (atipice)		
Aripiprazol	10 mg	30 mg/zi
Cariprazină	1.5 mg	6 mg/zi
Olanzapină	5 mg	20 mg/zi
Paliperidonă	3 mg	12 mg/zi
Quetiapină	150 mg	800 mg/zi
Risperidonă	2 mg	16 mg/zi
Ziprasidonă	40 mg	160 mg/zi
Clozapină	100 mg	900 mg/zi
Amisulpirid	300 mg	1200 mg/zi

Antipsihotice în Tulburarea delirantă persistentă

Antipsihotice convenționale	Administrare	Antipsihotice atipice	Administrare
Haloperidol	2mg-60mg	Risperidonă	2mg-6mg
Sulpirid	400mg-2400mg	Amisulpirid	300mg-1200mg
		Olanzapină	5mg-20mg
		Aripiprazol	10mg-30mg

Antipsihotice în Tulburarea psihotică acută și tranzitorie

Antipsihotic convențional	Administrare	Antipsihotic atipic	Administrare
Haloperidol	2mg-60mg	Olanzapina	5mg-20mg
Sulpirid	400mg-2400mg	Risperidonă	2mg-6mg
		Amisulpirid	300mg-1200mg
		Aripiprazol	10mg-30mg
		Quetiapină	150mg-800mg

Antipsihotic în Tulburare Schizoafectivă

Antipsihotic convențional	Administrare	Antipsihotic atipic	Administrare
Haloperidol	2mg-60mg	Aripiprazol	10mg-30mg
		Paliperidonă	3mg-12mg
		Risperidonă	2mg-6mg
		Quetiapină	150mg-800mg
		Amisulpirid	300mg-1200mg
		Olanzapină	5mg-20mg



INDICATIILE NEUROLEPTICELOR ATIPICE:

- Primul episod de boală
- Recădere acută
- Manifestări extrapiramidale la antipsihoticele convenționale: trecere la olanzapină, quetiapină, aripiprazol
- Hiperprolactinemie: trecere la olanzapină, quetiapină, aripiprazol
- Simptome negative: trecere la sulpirid, amisulpirid, cariprazină
- Sindrom metabolic: trecere la aripiprazol, amisulpirid, risperidonă, paliperidonă, ziprasidonă
- Prolungirea intervalului QT: trecerea la aripiprazol, amisulpirid
- Rezistență la tratament cu alte antipsihotice sau intoleranță la antipsihotice tipice: clozapină
- Diskinezia tardivă: clozapină
- Sedare excesivă: trecere la aripiprazol, risperidonă, paliperidonă, ziprasidonă

! Antipsihoticele convenționale sunt de evitat din cauza efectelor extrapiramidale, dar se pot folosi în faza acută !

- ❖ În cazul în care pacientul prezintă agitație psihomotorie marcată sau este neaderent la medicația orală, se recurge la tratamentul injectabil:

Denumire	Forma de prezentare	Cum se administrează	Doza maximă
Aripiprazol	fiolă 7,5 mg/ml		30 mg
Olanzapina	10 mg pulbere pentru soluție injectabilă 10	Doza inițială: 10mg A doua doză 10mg, la 2h distanță față de prima	Maxim 3 injecții în 24h
Ziprasidona	20 mg pulbere și solvent pentru soluție injectabilă	10-20mg la nevoie. Dozele de 10 mg se pot repeta la 2h, după o doză inițială de 20 mg se poate administra o doză de 10 mg la 4h	Nu se administrează mai mult de 3 zile consecutiv
Haloperidol	5 mg/ml soluție injectabilă	Doza inițială 5mg, dozele următoare se pot administra la interval de 1h. Se poate asocia cu Lorazepam inj. 4mg/ml sau Diazepam inj. 5mg/ml*	

- ❖ După stabilizarea fazei acute, în caz de neaderență expectată la tratamentul oral sau când pacientul își manifestă preferința pentru tratamentul injectabil, se poate institui medicația depot / cu acțiune prelungită. Este de preferat ca antipsihoticul ales să coincidă cu antipsihoticul sub care s-a obținut remisiunea episodului acut.



DCI/Comerciala	Administrare	Prezentare	Doza (mg)	Observații
Aripiprazol (Abilify Maintena)	Dorsogluteal	400 mg pulbere și solvent	300-400 mg/lună	La inițiere se asociază cu Aripiprazol oral 10-20 mg/zi, 14 zile sau 2 fiole administrare în zone separate asociat cu 20 mg aripiprazol oral doză unică
Flupentixol decanoat (Fluanxol depot)	Dorsogluteal	Fiolă 20 mg/ml	20 la 2 săptămâni	
Haloperidol decanoat (Haldol decanoat)	Dorsogluteal	Ficle 50mg	50 mg/lună sau la 3 săptămâni	Risc crescut de simptome extrapiramidale
Olanzapina (Zypadhera)	Dorsogluteal	210 mg pulbere și solvent	210mg/2 săpt. 405mg/1 săpt.	Se stabilește tolerabilitatea și răspunsul la tratament administrând inițial forma orală
Paliperidona palmitat (Xeplion)	Deltoid/dorsogluteal	100mg, 150mg suspensie injectabilă	Ziua 1: 150mg Ziua 8: 100mg La 4 săpt. după ultima doză se administrează doza lunară de întreținere (100 sau 150 mg)	Se stabilește tolerabilitatea și răspunsul la tratament administrând inițial forma orală
Paliperidona palmitat (Trevicta)	Deltoid/dorsogluteal	350 mg- 525mg suspensie injectabilă	Se administrează la 3 luni	
Risperidona (Rispolept Consta)	Deltoid/dorsogluteal	Pulbere și solvent 25mg, 37,5mg, 50mg	25-50 mg/2 săptămâni	Se stabilește tolerabilitatea și răspunsul la tratament administrând inițial forma orală
Zuclopentixol decanoat (Clopixol depot)	Dorsogluteal	Soluție injectabilă 200 mg/ml	200-400 mg la 2-4 săptămâni	

În tulburarea schizo-afectivă, se asociază medicament timostabilizator (Valproat de sodiu), precum și antidepresiv (Escitalopram, Venlafaxină, Sertralină) în episodul depresiv sau mixt (F25.1 sau F25.2)



❖ REACȚII ADVERSE

Medicament	Sedare	Creștere ponderală	Akatizie	Parkinsonism	QT prelungit	Hipotensiune ortostatică	Hiperprolactinemie
Amisulpirid	-	+	+	+	++	-	+++
Aripiprazol	-	-	+	-	+	-	-
Cariprazina	-	-	+	-	-	-	-
Clozapina	+++	+++	-	-	+	+++	-
Flupentixol	-	++	++	++	+	+	+++
Haloperidol	-	+	+++	+++	++	+	++
Olanzapina	++	+++	-	-	+	+	+
Paliperidona	+	++	+	+	+	++	+++
Quetiapina	++	++	-	-	++	++	-
Risperidona	+	++	+	+	+	++	+++
Sulpirid	-	+	+	+	+	-	+++
Ziprasidona	+	-	+	-	++	+	+

I.13 SIMPTOMATIC

- Agitație psihomotorie, hetero-sau autoagresivitate: tratament injectabil cu Haloperidol și Diazepam / Lorazepam i.m. conform tabelului*
- Tulburări de somn: hipnotice (Zolpidem, Zopiclonă)
- Tulburările de anxietate asociate: benzodiazepine (Lorazepam, Diazepam, Alprazolam)
- Simptome extrapiramidale: anticolinergice (Trihexifenidil)

I.14 EVOLUȚIE, MONITORIZARE PE DURATA INTERNĂRII

❖ Evoluție

- Evoluția în timp a schizofreniei este de obicei episodică cu perioade de exacerbare și de remisiune a simptomelor sau cronică cu un nivel stabil al simptomelor și al dizabilității. Majoritatea pacienților au mai multe episoade, după primul lor episod psihotic.

❖ Monitorizare

- Scale de evaluare psihometrică, la internare și la externare: PANSS (heteroevaluare), SCL-90 (autoevaluare), precum și MADRS, YMRS în cazul tulburării schizo-afective
- Indicele de masă corporală, circumferința abdominală, după inițierea tratamentului se măsoară la fiecare 2 săptămâni, timp de 6 luni, apoi anual.
- Se determină hemoleucograma înainte și după inițierea tratamentului cu Clozapină (1/săptămână, în primele 18 săptămâni, apoi lunar), din cauza riscului crescut de agranulocitoză.
- EKG, tensiunea arterială înainte și după inițierea tratamentului neuroleptic.
- Profilul lipidic
- Glicemia
- Prolactinemia

I.15 Criterii de externare

- Remiterea agitației, a agresivității
- Remiterea simptomatologiei pozitive/negative (măsurată prin scăderea scorului la PANSS), precum a celor afective (măsurate prin scăderea scorurilor MADRS, YMRS) în cazul tulburării schizo-afective

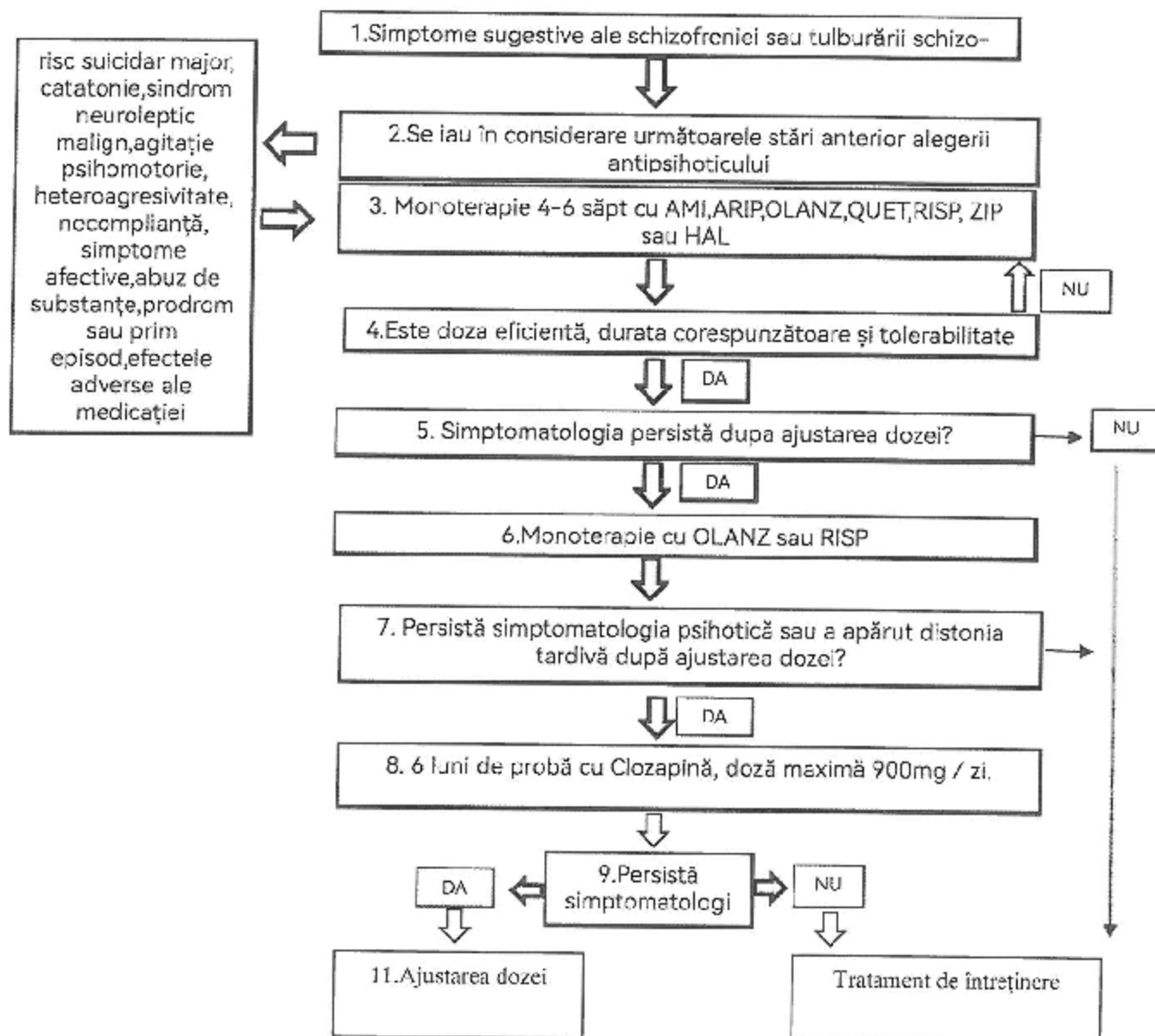



- Ameliorarea simptomelor cognitive

I.16 Monitorizarea după externare

- Indicele de masă corporală, circumferința abdominală
- Profilul lipidic, Glicemia
- Hemoleucograma în tratamentul cu Clozapină
- EKG, tensiunea arterială periodic

I.17 Diagramă



 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTocol MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 16 din 18

7. Resurse necesare

- a. Medic psihiatru: management caz - consult psihiatric, planificare, implementare, evaluarea eficienței terapeutice; monitorizarea recăderilor, coordonarea activității echipei terapeutice.
 - b. Asistent medical generalist: activități independente și delegate în îngrijirea pacientului și administrarea tratamentului.
 - c. Psiholog clinician: evaluări psihologice clinică; consiliere individuală și de grup; psihoterapii
 - d. Asistent social: evaluare și consiliere socială. Planuri de reabilitare socio-profesională.
 - e. Personal registratură: managementul dosarelor medicale; coordonare a pacienților în intervalul de așteptare înainte și după intervențiile terapeutice.
 - f. Kinetoterapeut: evaluare, consiliere, planificare și implementare activității recuperatorii.
 - g. Terapeut ocupațional/ergoterapeut: recuperare funcțională post episod.
2. Materiale (aparatură specific etc)
- a. calculatoare, imprimante, consumabile, stetoscop, tensiometru, termometru, cântar, glucometru
 - b. copie acte identitate ale pacientului
 - c. copie acte asigurare sănătate
 - d. fișă de dispensarizare
 - e. card sănătate
 - f. act de identitate în original
 - g. copie după decizia de punere sub interdicție/ tutelă (dacă este cazul).
 - h. registru consultații
 - i. teste psihometrice și scale evaluare
 - j. medicamente psihotrope specifice, în cantitatea necesară unei cure complete și continue, conform protocolului

8. Condiții de abatere de la protocol

- ❖ Suprapunerea unei patologii somatice care necesită prioritizarea intervenției.
- ❖ Refuzul pacientului, în condițiile păstrării discernământului, contrar recomandărilor medicale.
- ❖ Orice altă situație în care demersul diagnostic și terapeutic este împiedicat/îngreunat.

IV.1 Reglementări juridice

- În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol;
- În caz de particularități ale cazului care justifică abaterca de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vârste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- Refuzul pacientului de accepta conduita terapeutică precizată în protocol;



- Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol;
- Modificări în ghidurile naționale sau internaționale.

IV.2 Nivelul de competență, grade academice universitare


IV.3 Studii clinice derulate în spital aprobate de către Comisiile de etică care permit abaterea de la protocol.

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare tinta
1	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților/apartinătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /apartinătorilor cu diagnosticul de schizofrenie în decurs de 6 luni	0
2	Proporția pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare cu TDR	anual	Număr pacienți reinternare	<15%
3	Proportia pacientilor decedati	anual	Nr.pacienți cu diagnosticul schizofrenie decedați/nr.total pacienți cu diagnosticul schizofrenie *100	<5%
4	Rata complicațiilor	anual	Nr. pacienti cu afectiunea de schizofrenie la care apar complicatii/nr.total pacienti cu schizofrenie	<5%

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonază analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
 - c. Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
 - d. Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
 - e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
2. Auditor clinic al secției

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN SCHIZOFRENIE	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1 Nr. de ex. 0
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	Cod: PM-PSIH-003	Pag. 18 din 18

- a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
 - b. Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
 - c. Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte
3. Medicii clinicieni din cadrul secției
- a. Respectă protocolul medical
 - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
 - c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
 - f. Solicită consimțământul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație.
4. Asistentele medicale din cadrul secției
- a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
 - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG