



PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

COD PM-PSIH-005

Conf. U


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 11.03.2024 (P.V. nr. 25/065).*

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 2 din 15

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	12
8. Condiții de abatere de la protocol	13
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	14
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	15



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 II			04.04.2023
Revizia 0	Indicatori și responsabilități	-	17.06.2024

2. Scopul protocolului

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

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 eficientizarea 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 aplică tuturor pacienților cu suspiciune de TOC din cadrul Clinicii de Psihiatrie - Spitalului Clinic Județean De Urgență "Pius Brînzeu" Timișoara.

- 1.1. Nivel de asistență medicală de ambulatoriu – Ambulatoriul Integrat
- 1.2. Nivel de asistență medicală spitalicească - Secția de Psihiatrie, Camera de gardă Psihiatrie
- 1.3. Centrul de Sanatate Mintala

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. Regreglementări naționale

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



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	CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
2	ICD-10	International Classification of Diseases
3	NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
4	TOC	Tulburare obsesiv-compulsivă
5	Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
5	SCL-90	Symptoms Checklist – 90 (Lista de Verificare a Simptomelor – 90)
7	SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors
8	SNRI	Serotonine and norepinephrine reuptake inhibitors

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 5 din 15

6. Descrierea protocolului

I.1 Factori de risc

- genetici (istoric familial)
- evenimente stresante de viață
- perioada de sarcină și postpartum
- prezența comorbidităților psihiatrice sau neurologice
- socio-demografici (vârsta tânără)

I.2 Detalii legate de screening

Nu există teste de laborator specifice pentru a diagnostica TOC. 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 (somatice).

Tabloul clinic în TOC este dominat de următoarele simptome:

- Este dominat de prezența obsesiilor și a compulsiilor care produc anxietate sau detresă considerabilă (obsesiile), sunt consumatoare de timp (mai mult de o oră pe zi) și interferă semnificativ cu rutina normală și activitățile sociale, profesionale sau școlare. Obsesiile sunt gânduri, impulsuri, ruminări, îndoieli, fobii obsesive sau imagini recurente și persistente ce sunt resimțite ca fiind intruzive și neadecvate, parazitând gândirea și determinând detresă. Ruminările sunt cugetări sterile fără finalitate pe teme banale sau sofisticate.
- Fobiile obsesive sunt frici cu obiect care apar și în afara situațiilor fobogene, izvorând din interiorul subiectului și nu doar în contextul situațional (frica de obiecte ascuțite pentru a nu fi folosite împotriva altora sau asupra propriei persoane).
- Impulsiunile obsesive sunt tendințe spre acte, cu caracter periculos sau stânjenitor, pe care pacientul nu le pune niciodată în aplicare. Ele au un conținut autoagresiv sau heteroagresiv (aruncarea de la înălțime, agresarea celor dragi, etc.), sexual sau blasfemiator.
- Exemple de obsesii: ♣ îndoială obsesivă (în legătură cu executarea actelor automate). ♣ fobie obsesivă (de microbi, de murdărie, de boală). ♣ impulsivitate obsesivă (tendințe spre acte hetero- sau autoagresive, absurde, imorale sau stânjenitoare). ♣ ruminări obsesive constând în meditații îndelungate și sterile pe teme metafizice, religioase, morale, sau banale (ordine, simetrie)
- Cele mai frecvente obsesii sunt cele de contaminare, nevoia de simetrie și a aranja lucrurile într-o anumită ordine, îndoicelile sau obsesiile sexuale.



- Compulsiile sunt acte mentale (număratul, rugăciuni, etc.) sau comportamentale (spălatul pe mâini, aranjarea, colecționarea, verificarea, rectificarea, evitarea, etc) folosite de pacient pentru a reduce anxietatea, suferința sau pentru prevenirea unui eveniment sau a unei situații temute. Ele pot fi corelate sau nu cu obsesiile. Compulsiile au un caracter repetitiv, stereotip, excesiv, parazitant și sunt consumatoare de mult timp. Subiectul este conștient de caracterul morbid al tulburării și face eforturi pentru a ignora și reprimă obsesiile prin acte mentale sau comportamentale pentru a se opune acestora. Trăirile obsesive se corelează cu o importantă încetinire a derulării vieții psihice. Obsesivul comunică puțin și rar altora trăirile sale, de aceea și contactul cu specialiștii e la mult timp după debut (la 5 până la 10 ani de la debut) și avem o subdiagnosticare a acestei patologii.
- Cele mai frecvente tipuri de compulsii sunt: ♣ compulsia de verificare asociată îndoielii obsesive ♣ compulsia de spălare asociată fobiilor obsesive ♣ compulsia de evitare (a unui eveniment negativ proiectat în viitor) asociată gândirii magice ♣ compulsia de a număra (aritmomania) ♣ compulsia de colecționare

I.5 Investigații paraclinice

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

I.6 Diagnostic pozitiv

TOC F42

Criterii generale ICD-10: Simptomele obsesionale sau actele compulsive trebuie să fie prezente majoritatea zilelor pentru cel puțin 2 săptămâni, și să fie o sursă de suferință sau să interfere cu acțiunile obișnuite. Simptomele obsesionale trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- să fie recunoscute de pacient ca aparținându-i
- să existe cel puțin un gând sau un act la care pacientul încă mai opune, fără succes, rezistență, deși pot fi prezente și altele la care pacientul nu mai rezistă
- gândul sau executarea actului nu trebuie să fie plăcut în el însuși
- gândurile, imaginile sau impulsurile trebuie să fie repetitive în mod neplăcut

Forme clinice de TOC

- F42.0 Gânduri sau rumații obsesionale predominante: TOC manifestată predominant prin obsesii
- F42.1 Acte compulsive (ritualuri obsesionale) predominante : TOC manifestată predominant prin compulsii
- F42.2 Gânduri și acte obsedante mixte




- F42.8 Alte tulburări obsesiv-compulsive
- F42.9 Tulburare obsesiv-compulsivă, nespecificată

I.7 Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial al TOC 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 hebefrenă F20.1
 - Delirurile și halucinațiile sunt efemere și fragmentare.
 - Dispoziția e superficială și inadecvată.
 - Comportamentul pare lipsit de scop.
 - Este prezentă dezorganizarea ideo-verbală.
- Tulburarea schizotipală F21
 - Sunt prezente comportamentul excentric, anomalii ale gândirii și afectului, însă nu apare nici una din anomaliiile 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 284
 - Debutul este acut (maxim 2 săptămâni) iar durata nu trebuie să depășească 1- 3 luni.
- Tulburarea schizoafectivă F25
 - Trebuie întrunite atât criteriile pentru schizofrenie cât și cele pentru o tulburare afectivă în cadrul aceluiași episod de boală.
- Episod depresiv sever cu simptome psihotice F32.3/Manie cu simptome psihotice F30.2
 - Atât episoadele maniacale cât și cele depresive pot să prezinte simptome psihotice. Dacă halucinațiile și delirurile sunt prezente într-o tulburare afectivă ele se dezvoltă în contextul tulburării afective și nu persistă.
 - Pacienții pot să prezinte o tulburare depresivă post-schizofrenă (episod depresiv sever ce survine în faza reziduală a schizofreniei).
- Tulburarea de personalitate paranoidă F60.0

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 8 din 15

- Tulburare caracterizată prin neîncredere și suspiciozitate față de alții.
 - ♣
 - Lipsesc ideile delirante.
- Tulburări ale obiceiurilor și impulsurilor F63
 - Acte repetate care nu au o motivație rațională clară și afectează viața pacientului. Sunt incluse jocul de noroc patologic, piromania, cleptomania, trichotillomania.
- Tulburarea anankastă de personalitate
 - Sentimente de îndoială, preocupare excesivă pentru detalii, reguli, ordine, rigiditate, perfecționism, scrupulozitate excesivă.
 - Pot apărea anumite gânduri sau impulsuri intruzive dar nu suficiente pentru a întruni criteriile tulburării obsesiv-compulsive.
- Tulburări ale preferinței sexuale (parafiliile) F65
 - Aici sunt incluse deviațiile preferințelor sexuale.
 - Subiecții găsesc tendința lor dificil de ținut sub control, dezvoltă obsesii și ritualuri care sunt constrângătoare și inacceptabile, cauzând suferință subiectivă.
- Sindromul de dependență F1X.2
 - Se caracterizează printr-o dorință puternică sau compulsivă de a folosi substanța și dificultăți ale capacității de control a comportamentului legat de consumul de substanțe.
- Tulburări ale instinctului alimentar F50
 - Pot exista simptome obsesionale și/sau compulsive asociate legate de alimentație și aspectul fizic.

I.8 Complicații și măsuri de urgență

- Complicațiile pot fi: agitația psiho-motorie, ideatică autolitică până la suicid, tulburările anxioase, depresia, abuzul de substanțe (alcool, nicotină, droguri de risc), scăderea funcționalității la serviciu, școală, facultate, probleme financiare, vagabondaj, izolare socială, afecțiuni somatice asociate (dermatită de contact de la spălatul excesiv pe mâini), calitatea vieții scăzută
- 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 conținerii

I.9 Criterii de spitalizare

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



I.10 TRATAMENTUL

I.11 IGIENO-DIETETIC

- 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


❖ ANTIDEPRESIVE

Principalul tratament medicamentos cu rezultate pozitive este cel care stimulează transmiterea serotonergică. Primul tratament cu rezultate pozitive a fost cel cu antidepresivul triciclic Clomipramina (Anafranil) recomandat în doze de 75-250 mg/zi. În cazul acesteia trebuie ținut seama însă de efectele secundare importante. Cele mai răspândite actual sunt antidepresivele din seria SSRI:

DENUMIRE	DOZA MINIMĂ	DOZA MAXIMĂ
SSRI		
Escitalopram	20 mg	30 mg/zi
Fluoxetină	60 mg	80 mg/zi
Fluoxamină	200 mg	300 mg/zi
Paroxetină	40 mg	60 mg/zi
Sertralina	150 mg	200 mg/zi
Citalopram	40 mg	60 mg/zi
SNRI		
Venlafaxină	225 mg	300 mg/zi
Triciclice		
Clomipramină	150 mg	225 mg/zi

Eficacitatea SSRI-urilor este independentă de simptomatologia depresivă. În cazul TOC dozele terapeutice sunt duble față de cele necesare pentru tratamentul depresiei. De asemenea eficacitatea tratamentului se evaluează după 4-12 săptămâni de administrare. Câteva luni de tratament sunt necesare pentru a constata un maximum de răspuns terapeutic. SSRI-ului fiind considerată ca prezentând o eficacitate similară triciclicelor, beneficiază de un plus față de acestea prin toleranța mai bună față de primele.

În caz de chimioresistență, conduite de evitare severe sau depresie atipică se mai recomandă antidepresivele IMAO (inhibitorii de monoaminoxidaza). Se mai recomandă și anxioliticele, dintre acestea eficacitate demonstrând clonazepamul, însă în cazul acestora se ridică problema dependenței, tratamentul trebuind să fie de lungă durată. Efecte benefice s-au observat de asemenea prin asocierea de antipsihotice la medicația antidepresivă serotonergică. Acestea intervin pe neurotransmisia dopaminergică. Pacienții cu TOC trebuie menținuți pe medicație pe o perioadă lungă de timp, cel puțin 1 an înainte de a încerca o reducere treptată a acesteia cu întreruperea sa apoi.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC ÎN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-005	Pag. 10 din 15

❖ **NEUROLEPTICE**

Aproximativ 40-60% dintre pacienții cu TOC nu au răspuns satisfăcător la monoterapia cu SSRI. După 10-12 săptămâni de tratament cu un SSRI se poate augmenta antidepresivul cu un antipsihotic. Se recomandă continuarea tratamentului cu antipsihotic minim timp de 1 an.


Antipsihotice în TOC:

DENUMIRE	DOZA MINIMĂ	DOZA MAXIMĂ
Antipsihotice de primă generație (convenționale)		
Haloperidol	2 mg	30 mg/zi
Antipsihotice de a doua generație (atipice)		
Aripiprazol	15 mg	30 mg/zi
Olanzapină	5 mg	10 mg/zi
Quetiapină	150 mg	600 mg/zi
Risperidonă	1 mg	2 mg/zi
Ziprasidonă	40 mg	160 mg/zi

! 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	fiole 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*	

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 11 din 15

❖ REACȚII ADVERSE

Medicament	Sedare	Creștere ponderală	Akatizie	Parkinsonism	QT prelungit	Hipotensiune ortostatică	Hiperprolactinemie
Aripiprazol	-	-	+	-	+	-	-
Clozapina	+++	+++	-	-	+	+++	-
Haloperidol	+	+	+++	+++	++	+	++
Olanzapina	++	+++	-	-	+	+	+
Quetiapina	++	++	-	-	+	++	-
Risperidona	+	++	+	+	+	++	+++

➤ Psihoterapeutic

1. Psihoterapie de sprijin cu inspirarea sentimentului de încredere, pot ajuta pacienții să-și îmbunătățească funcționarea și adaptabilitatea.
2. Psihoterapia cognitiv-comportamentală, ce este o terapie individuală în cazul TOC, cu durată variabilă și ședințe regulate. Decurge la modul interactiv, constând din antrenarea pacientului de către psihoterapeut în provocarea activă a obsesiei (și/sau compulsiei) și rezistența voluntară pentru un timp, față de aceasta (cu amânarea sau modelarea trăirilor sau comportamentului respectiv). Ca tehnici se mai folosesc oprirea gândurilor, antrenamentul de habituale, descoperirea ghidată condiționarea adversă Repetarea de mai multe ori pe zi, timp de săptămâni sau luni (în prezența terapeutului sau în grup), conduce la diminuarea progresivă și importantă a tulburării. Evaluarea progresului se poate face cu scale psihometrice adaptate, precum scala Y-BOCS.
3. Alte abordări mai includ psihoterapia psihodinamică și terapia familială, însă rezultatele acestora au fost neconcludente. Cele mai bune rezultate terapeutice s-au obținut prin asocierea tratamentului medicamentos cu tehnici psihoterapeutice.


I.13 SIMPTOMATIC

- Agitație psihomotorie, hetero-sau autoagresivitate: tratament injectabil cu Haloperidol și Diazepam / Lorazepam i.m.
- 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

La mulți pacienți debutul simptomatologiei are loc după o situație stresantă. Evoluția tulburării este variabilă, cel mai frecvent cronică. Putem avea o evoluție fazică cu episoade separate prin perioade de remisiune, evoluție fluctuantă cu remisiuni incomplete și exacerbari, constantă sau progresivă. Prognosticul negativ este indicat de debutul la vârstă tânără, sexul masculin, critică deficitară a bolii, severitatea inițială a tulburării, cedarea la compulsiilor, prezența ticurilor și a compulsiilor de simetrie/aranjare, răspunsul slab la tratamentul inițial, coexistența depresiei sau a tulburărilor de personalitate (în special cea schizoidă)

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de cx. 1
		revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I și II)	PM-PSIH-005	Pag. 12 din 15

❖ **Monitorizare**

- Scale de evaluare psihometrică, la internare și la externare: SCL-90 (autoevaluare), Y-BOCS (heteroevaluare), HAM-A și MADRS (heteroevaluare)
- 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, scăderea scorului Y-BOCS cu 25-35% față de scorul de la internare

I.16 Monitorizarea după externare

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


7. Resurse necesare

1. Resurse umane (competențe 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 psihologie 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

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 13 din 15

- 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 abaterea 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 abatererea de la protocol.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 14 din 15

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

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

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL GHID DIAGNOSTIC SI TERAPEUTIC IN TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVA	Ediția 2 Nr. de ex. 1
		Revizia 1
SECȚIA PSIHIATRIE (I si II)	PM-PSIH-005	Pag. 15 din 15

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonează 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
 - 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 orci 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 orci 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. Pregătește pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG