

**PROTOCOL MEDICAL
DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT
DEPRESIE**

COD PM-CSM-003

Aprob

Di

.....


Elaborat: Dr. Marinela Hurmuz

Dr. Stoica Ileana-Pepita

Medic șef secție – Centrul de Sănătate Mintală,


Dr. Stoica Ileana-Pepita

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data de 13.06.2024 (P.V. nr. ___ din 25865).

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATALE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 2 din 29

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	4
4.2. Reglementări naționale	4
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională.....	4
5.1. Definiții ale termenilor.....	4
5.2. Abrevieri ale termenilor.....	5
6. Descrierea protocolului.....	6
7. Resurse necesare	27
8. Condiții de abatere de la protocol.....	27
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	27
10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității	28

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRINZEL" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PO-MED-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secții clinice CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 3 din 29

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 1			01.07.2024

2. Scopul protocolului

Scopul principal al protocolului îl reprezintă **tratamentul și managementul eficient al depresiei la adult**, 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 adulți cu suspiciune de Episod depresiv sau Tulburare depresivă recurentă din cadrul Centrului de Sănătate Mintală.

Nivel de aplicare

- 1.1. Nivel de aplicare – CSM – Staționar de Zi
- 1.2. Nivel de aplicare – CSM - Ambulator


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

4.1. Reglementări internaționale

1. Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10- ICD-10
2. NICE guideline [NG222] for Depression in adults: treatment and management (2022).
3. APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts (2019)
4. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines (2015).

4.2. Reglementări naționale

1. Lista protocoalelor terapeutice aprobate prin ordinul MS/CNAS nr. 854/562/2019
2. Ghidul Clinic național *Managementul depresiei la adult* (2021), elaborat de un colectiv de autori sub coordonarea dr. Ileana Mihaela Botezat Antonescu

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PO-MED-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secții clinice CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 4 din 29

BIBLIOGRAFIE

1. Botezat Antonescu I.M., Stoica I.P., Tămășan S., Dima C. Managementul depresiei la adulti. Ghid clinic pentru medici psihiatri. 2021. https://cnsm.org.ro/wp-content/uploads/2021/11/GHID_6_-PSIHIATRI-DEPRESIE_2021.pdf
2. Ghidul NICE [NG222] Depresia la adulti: tratament si management, publicat in 29 Iunie 2022). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
3. Organizatia Mondiala a Sanatatii. ICD-10 Clasificarea tulburarilor mentale si de comportament. Descrieri clinice si indreptare diagnostice (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines). 1992,1993.
4. Protocoale terapeutice – Casa Națională de Asigurări de Sănătate (cnas.ro)
5. APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts (2019)
6. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines (2015).

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.crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Edition
2.	DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
3.	TDR	Tulburarea depresivă recurentă
4.	PTSD	Tulburarea de stres posttraumatic
5.	HAM-D	Scala de evaluare a depresiei Hamilton
6.	MADRS	Scala de evaluare a depresiei Montgomery-Asberg
7.	GAFS	Scala de Evaluare Globală a Funcționării
9.	SSRI	Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei
10.	NRI	Inhibitorii de recaptare a noradrenalinei
11.	NDRI	Inhibitori ai recaptării noradrenalinei și dopaminei
12.	NSRI	Inhibitori ai recaptării serotoninei, noradrenalinei
13.	NaSSA	Antidepresive noradrenergice și specifice serotonergice
14.	IMAO	Inhibitori de mono-aminoxidază
15.	ADTc / ADT	Antidepresive triciclice / antidepresive tetraciclice
16.	EEG	Electroencefalogramă
17.	EKG	Electrocardiogramă
18.	5-HT	Receptori 5-hydroxytryptamina, sau receptori ai serotoninei
19.	NA	Receptori ai norepinefrinei
20.	MUSC	Receptori muscarinici
21.	D1,D2,D3,D4,D5	Receptori ai dopaminei
22.	TEC	Terapia electroconvulsivantă
23.	TMS	Stimulare magnetică transcraniană
24.	TCC	Terapie cognitiv-comportamentală

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003</p>	Ediția 1,
		Revizia 0
Secția CENTRUL DE SANATATE MENTALA	PM-CSM-003	Pag. 6 din 29

6. Descrierea protocolului

6.1 Diagnostic


6.1.1 Codul bolii conform Listei tabelare a bolilor ICD-10

- F.32.0 – Episod depresiv ușor
- F.32.1 – Episod depresiv moderat
- F.32.2 – Episod depresiv sever fără simptome psihotice
- F.32.3 – Episod depresiv sever cu simptome psihotice
- F.32.8 – Alte episoade depresive
- F.32.9 – Episod depresiv nespecificat
- F.33.0 – Tulburare depresivă recurentă, episod actual ușor
- F.33.1 – Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat
- F.33.2 – Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever fără simptome psihotice
- F.33.3 – Tulburare depresivă recurentă, episod actual sever cu simptome psihotice
- F.33.4 – Tulburare depresivă recurentă în prezent în remisiune
- F.33.8 – Alte tulburări depresive recurente
- F.33.9 – Tulburare depresivă recurentă nespecificată

6.1.2 Evaluarea pacientului adult cu depresie

Evaluarea include:

- Examenul stării psihice actuale:
 - simptomatologie (debut, severitate, durată)
 - evaluarea riscului suicidal;
 - evaluarea tulburărilor psihiatrice comorbide datorate consumului de substanțe psihoactive;
 - evaluarea deficitului cognitiv;
 - evaluarea riscului pentru tulburare bipolară;
 - evaluarea impactului simptomatologiei/bolii asupra funcționalității;
- Evaluarea stării somatice:
 - prezența comorbidităților somatice, a tratamentelor pentru acestea;
 - TA, IMC
 - investigații de laborator (hemoleucogramă, glicemie, profil lipidic, evaluarea funcției renale, hepatice și tiroidiene), dacă se consideră necesare;
 - alte investigații (imagistice, funcționale, biologice etc.), dacă se consideră necesare;
- Antecedentele personale patologice;
- Antecedentele personale psihiatrice (istoricul bolii/bolilor și al tratamentelor anterioare, răspunsul la diferite tratamente);

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția: CENTRU DE SANATATE MENTALA	PM-CSM-003	Pag. 7 din 29

- Antecedente heredo-colaterale;
- Istoricul personal și familial (istoric personal de dezvoltare, trăsături de personalitate, evenimente de viață stresante/traumatizante, schimbări majore de viață etc.), în funcție de caz;
- Evaluarea psihosocială (condiții de viață și de muncă, rețea de suport familial și social);
- Heteroanamneza (în cazurile în care este posibilă);

Evaluarea poate include aplicarea scalelor standardizate de evaluare inițiale și pe parcursul monitorizării clinice și terapeutice, precum și examenul psihodiagnostic, la solicitarea medicului psihiatru curant.

Evaluarea psihosocială se realizează de către medicul psihiatru și/sau împreună cu asistentul social.

6.1.3 Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza tuturor informațiilor obținute în urma evaluării și conform criteriilor ICD-10.

ICD-10 definește episodul depresiv ca simptomatologie și durată, astfel încât caracteristicile generale considerate tipice pentru depresie sunt: dispoziția depresivă, pierderea intereselor și bucuriilor și o reducere a energiei ce duce la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată, cu o durată minimă a întregului episod de aproximativ 2 săptămâni.


Alte simptome comune sunt:

- reducerea capacității de concentrare și a atenției;
- reducerea stimei și încrederii în sine;
- idei de vinovăție și lipsă de valoare (chiar în episoadele de severitate ușoară);
- viziune tristă și pesimistă asupra viitorului;
- idei sau acte de auto-vătămare sau suicid;
- tulburări de somn;
- apetit diminuat.

Criterii de diagnostic pentru episodul depresiv conform ICD-10:

- durată minimă a întregului episod de aproximativ 2 săptămâni;
- episodul nu poate fi atribuit acțiunii unei substanțe psihoactive sau unei tulburări organice;

Unele dintre simptome pot fi marcate și se dezvoltă trăsături caracteristice care sunt larg acceptate ca având semnificație clinică specială, cum ar fi simptomele "somatice" (pierderea interesului sau a plăcerii în activități în mod normal plăcute; lipsa reacției

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTocol MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția I.
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 8 din 29

emoționale la circumstanțe externe plăcute; trezirea matinală cu 2 ore mai devreme decât de obicei; agravarea matinală; dovezi evidente și obiective de lentoare sau agitație psihomotorie (remarcate sau afirmate de alții); scăderea marcată a apetitului, pierderi în greutate (frecvent definite ca 5% din greutatea corporală sau mai mult, în ultima lună); scăderea marcată a libidoului).

Clasificarea episodului depresiv se face conform gradelor de severitate:

F32.0 Episod depresiv ușor

Îndreptar diagnostic

Dispoziția depresivă, pierderea interesului și a bucuriei, fatigabilitatea crescută sunt de obicei privite ca cele mai tipice simptome de depresie, și cel puțin 2 din acestea 3, plus cel puțin 2 din simptomele descrise la F32 sunt de obicei necesare pentru un diagnostic cert. Niciunul din simptome nu trebuie să fie prezent într-un grad intens și durata minimă a întregului episod este de aproximativ 2 săptămâni.

Un subiect cu un episod depresiv ușor suferă de obicei din cauza simptomelor, și are unele dificultăți în a-și îndeplini munca și activitățile sociale obișnuite, dar, probabil, nu va înceta complet să funcționeze.

Al 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica prezența sau absența simptomului somatic:

F32.00 Fără simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv ușor sunt întrunite, și nu este prezent niciunul din simptomele somatice sau apar doar câteva din ele.

F32.01 Cu simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv ușor sunt întrunite, și 4 sau mai multe simptome somatice sunt de asemenea prezente (dacă sunt prezente numai 2 sau 3, dar ele sunt neobișnuit de severe, poate fi justificată utilizarea acestei categorii).

F32.1 Episod depresiv moderat


Îndreptar diagnostic

Cel puțin 2 din cele 3 simptome dintre cele mai tipice notate mai sus pentru severitatea ușoară (F32.0) vor fi prezente, plus cel puțin 3 (preferabil 4) din celelalte simptome. Multe simptome pot prezenta un grad mai mare de severitate, dar acest lucru nu este esențial dacă în general se manifestă o gamă largă de simptome. Durata minimă a întregului episod este de 2 săptămâni.

Un subiect cu un episod depresiv moderat va avea de obicei dificultăți considerabile în a-și continua activitățile sociale, profesionale și domestice.

Al 5-lea caracter poate fi utilizat pentru a specifica prezența simptomelor somatice:

F32.10 Fără simptome somatice

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 9 din 29

Criteriile pentru episodul depresiv sunt îndeplinite, iar simptomele somatice lipsesc sau sunt de mică importanță.

F32.11 Cu simptome somatice

Criteriile pentru episodul depresiv de severitate moderată sunt îndeplinite, și 4 sau mai multe simptome somatice sunt prezente, dar acestea sunt neobișnuit de severe, poate fi justificată folosirea acestei categorii.

F32.2. Episod depresiv sever fără simptome psihotice

Într-un episod depresiv sever, subiectul manifestă de obicei o considerabilă suferință sau agitație, sau este prezentă lentoarea ca trăsătură marcată. Pierderea stimei de sine sau a sentimentelor de inutilitate sau vinovăția sunt de regulă proeminente și suicidul este un pericol distinct în cazurile foarte severe. Se presupune că sindromul somatic este virtualmente întotdeauna prezent în episodul depresiv sever.

Îndreptar diagnostic

Toate cele 3 simptome tipice notate pentru episoadele de intensitate ușoară și moderată vor fi prezente și, în plus, de obicei 4 sau mai multe alte simptome, unele din acestea cu intensitate mare (severe). Totuși, dacă simptome importante cum ar fi agitația sau lentoarea sunt marcate, pacientul poate fi refractar sau incapabil să descrie multe simptome în detaliu. O gradare de ansamblu a episodului sever poate totuși să fie justificată în astfel de cazuri. Episodul depresiv durează de obicei cel puțin 2 săptămâni, dar dacă simptomele sunt particular de severe și cu debut foarte rapid, poate fi justificat să se facă diagnosticul și la o durată a episodului sub 2 săptămâni.

În timpul episodului depresiv sever este foarte puțin probabil ca pacientul să fie în stare să-și continue activitățile sociale, profesionale sau domestice.

Accastă categorie ar trebui utilizată pentru episoadele unice de depresie severă fără simptome psihotice; pentru următoarele episoade utilizați o subcategorie a tulburării depresive recurente (F33.-).

Include: episodul unic de depresie agitată
melancolia sau depresia vitală fără simptome psihotice

F32.2 Episodul depresiv sever cu simptome psihotice

Îndreptar diagnostic

Este un episod depresiv sever care întrunește criteriile date mai sus pentru F32.2 și în care delirurile, halucinațiile sau stuporul depresiv sunt prezente. Delirurile implică de obicei ideea de păcat, sărăcie sau dezastru iminent, a căror responsabilitate poate fi asumată de către pacient. Halucinațiile auditive apar de obicei sub forma unor voci defăimătoare sau acuzatoare iar cele olfactive sub formă de mirosuri de murdărie, putrefacție sau de carne în descompunere. O lentoare psihomotorie severă poate progresa spre stupor. Dacă e necesar,

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Eciția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 10 din 29

delirurile sau halucinațiile pot fi specificate ca fiind congruente sau incongruente cu dispoziția (a se vedea F.30.2).

Diagnostic diferențial. Stuporul depresiv trebuie să fie diferențiat de: schizofrenia catonică (F20.2), stuporul disociativ (F44.2) și de formele organice ale stuporului. Utilizați această categorie numai pentru episoadele unice de depresie severă cu simptome psihotice; pentru următoarele episoade utilizați o subcategorie a tulburărilor depresive recurente (F33.-).

Include: episodul unic de depresie psihotică, depresie majoră cu simptome psihotice, depresie psihotică, psihoză depresivă psihogenă, psihoză depresivă reactivă

F32.8 Alte episoade depresive

Sunt incluse aici episoade care nu se potrivesc cu descrierile date pentru episoadele depresive descrise în F32.0-F32.3, dar pentru care impresia diagnostică de ansamblu este că sunt depresive în natura lor; de ex. combinații fluctuante de simptome depresive (în special varietatea somatică) cu simptome ce nu sunt criterii de diagnostic, cum ar fi tensiunea, îngrijorarea și suferința; sau combinații de simptome depresive, somatice cu durere persistentă sau oboseală persistentă nedatorate unor cauze organice (așa cum uneori sunt văzute în spital).

Include : depresia atipică, episoade unice de „depresie mascată”

F32.9 Episod depresiv nespecificat

Include : depresia NSA, tulburarea depresivă NSA

F33 Tulburare depresivă recurentă

Tulburarea este caracterizată prin episoade repetate de depresie, așa cum s-a specificat la episodul depresiv ușor (F32.0), moderat (F32.1), sau la episodul depresiv sever (F32.2 și F32.3), fără nicio istorie de episoade independente de elevație a dispoziției sau hiperactivitate care să îndeplinească criteriile pentru manie (F30.1 și F30.2). Totuși, categoria trebuie utilizată chiar dacă există dovada unor scurte episoade de elevație ușoară a dispoziției și hiperactivitate care să îndeplinească criteriile hipomaniei (F30.0) ce urmează unui episod depresiv (uneori, aparent, precipitate de tratamentul depresiei).

Riscul ca un pacient cu tulburare depresivă recurentă să aibă în viitor un episod de manie nu dispare niciodată complet, oricât de multe episoade depresive au existat. Dacă ele apar, diagnosticul se va schimba în cel de Tulburare afectivă bipolară.

Tulburarea depresivă recurentă poate fi subdivizată, așa cum s-a arătat mai jos, prin specificarea mai întâi a tipului episodului precedent și apoi (dacă informația necesară e disponibilă și suficientă) a tipului care predomină în toate episoadele.

Include : episoade recurente de: reacție depresivă, depresie psihogenă, depresie reactivă, tulburarea depresivă sezonieră (F33.0 sau F33.1); episoade recurente de: depresie endogenă, depresie majoră, psihoză depresivă psihogenă sau reactivă, depresia psihotică, depresia vitală (F33.2 sau F33.3).

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 11 din 29

Exclude: episoade depresive recurente scurte (F38.1)

F33.0 Tulburarea depresivă recurentă, episod actual ușor

Îndreptar diagnostic

Pentru un diagnostic clar definit sunt necesare:

1. (a) Criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă (F33.-) trebuie să fie întrunite și episodul actual întrunește criteriile pentru episodul depresiv ușor (F32.0) și
2. (b) Cel puțin 2 episoade trebuie să fi durat minimum 2 săptămâni și trebuie să fi fost separate între ele de un interval de mai multe luni fără o tulburare semnificativă a dispoziției.

În caz contrar, diagnosticul corect este cel de alte tulburări recurente ale dispoziției (afective) (F38.1).

Al 5-lea caracter trebuie utilizat pentru a specifica prezența simptomelor somatice în episodul actual:

F33.10 Fără simptome somatice (vezi F32.00)

F33.11 Cu simptome somatice (vezi F32.01)

Dacă este necesar, poate fi specificat tipul predominant al episoadelor anterioare (ușor, moderat, sever, incert)

F33.1 Tulburare depresivă recurentă, episod actual moderat

Îndreptar diagnostic

Pentru un diagnostic cert sunt necesare:

(a) Criteriile pentru tulburarea depresivă recurentă (F33.-) trebuie să fie întrunite și episodul actual întrunește criteriile pentru episodul depresiv moderat (F32.1) și

(b) Cel puțin 2 episoade trebuie să fi durat minimum 2 săptămâni și trebuie să fi fost separate între ele de un interval de mai multe luni fără o tulburare semnificativă a dispoziției.

În caz contrar, diagnosticul corect este cel de alte tulburări depresive recurente ale dispoziției (afective, F38.1). Această categorie poate fi utilizată dacă pacientul primește tratament pentru a reduce riscul riscul episoadelor viitoare.

F33.8 Alte tulburări depresive recurente

F33.9 Tulburarea depresivă recurentă nespecificată

Include: depresia monopolară NSA

O mențiune specială merită distimia – o formă persistentă și cronică de depresie ușoară, simptomatologia distimiei este similară cu a episodului depresiv, dar este mai puțin intensă și are tendința să dureze mai mult.

6.1.4 Instrumente de evaluare a depresiei

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEI" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 12 din 29

Instrumentele de evaluare a persoanelor cu depresie se utilizează pentru screening, diagnosticare și monitorizare a tratamentului. Utilizarea de rutină a acestor instrumente ameliorează detectarea depresiei și încadrarea corectă a gravității. Scalele furnizează informații în plus în cadrul evaluării, dar nu pot înlocui interviul clinic.

Evaluarea seriată a pacienților cu tulburare depresivă este utilă pentru cuantificarea răspunsului la tratament. O reducere a scorului cu 50% indică răspunsul la tratament, iar atingerea scorurilor mici, subclinice (sub 5), indică remisiunea (simptome puține sau absente).

Aplicarea scalelor clinice pentru depresie necesită experiență clinică solidă și abilități specifice de conducere a interviurilor structurate sau semistructurate asociate unora dintre scale.

Alegerea și utilizarea scalelor de evaluare se va face de către medicul psihiatru, în funcție de caz.

Cele mai frecvent utilizate scale de evaluare în practica clinică actuală sunt:

- Inventarul de depresie Beck BDI – autoevaluare cu 21 itemi;
- Scala de evaluare a depresiei Hamilton HDRS – autoevaluare sau evaluare a clinicianului cu 17 sau 21 de itemi;
- Scala de evaluare a depresiei și anxietății HADS – autoevaluare cu 14 itemi, 7 se referă la depresie;
- Chestionarul de evaluare a depresiei Montgomery Asberg MADRS – autoevaluare sau evaluare a clinicianului cu 10 itemi;

6.1.5 Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial al episodului depresiv/tulburării depresive recurente se face cu:

- tulburare depresivă datorată unei condiții medicale generale;
- tulburare depresivă indusă de substanțe;
- tulburări de adaptare;
- tulburare anxioasă și depresivă mixtă;
- tulburări persistente ale dispoziției;
- tulburare afectivă bipolară;
- tulburare schizoafectivă;
- schizofrenie;
- tulburări de personalitate;

6.2 Managementul pacientului cu depresie

Etape în managementul depresiei la adult:

- recunoașterea și evaluarea depresiei

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 13 din 29


- stabilirea gravității episodului actual
- elaborarea planului terapeutic personalizat.

Planul de management al persoanei diagnosticate cu depresie va urmări:

- crearea și consolidarea relației terapeutice și a alianței terapeutice;
- completarea evaluării inițiale psihiatrice;
- evaluarea stării somatice;
- evaluarea riscului suicidar;
- consilierea psihopedagogică a pacientului și a familiei (se vor furniza informații privitoare la simptomele de depresie, opțiunile terapeutice și alte intervenții accesibile, efectele medicației, evoluția probabilă sub tratament și durata acestuia);
- evaluarea funcționalității globale;
- stabilirea echipei de îngrijiri și a responsabilităților în cadrul echipei;
- alegerea și inițierea opțiunilor individualizate de tratament/îngrijire după obținerea consimțământului informat;
- îngrijirea colaborativă (programarea și efectuarea examinărilor medicale la alte specialități în funcție de comorbiditatea somatică, antecedentele personale patologice, medicația asociată și alți factori de risc identificați);
- monitorizarea evoluției bolii și a adecvănței terapeutice.

• *Evaluarea adecvănței terapeutice la pacientul cu depresie*

Perioada de monitorizare	Răspuns adecvat la tratament	Lipsa răspunsului sau răspuns parțial la tratament
Primele 2 până la 4 săptămâni	Se evaluează tolerabilitatea Se va menține tratamentul în cazul lipsei efectelor secundare/reacțiilor adverse	Se evaluează aderența Se va lua în considerare creșterea dozei de AD (atenție la tolerabilitate!) și/ sau creșterea intensității intervențiilor psihoterapeutice
Săptămânile 4-8	Continuarea tratamentului cu monitorizarea tolerabilității	Creșterea dozei AD inițial (cu monitorizarea tolerabilității) sau Schimbarea cu alt AD din aceeași clasă sau Strategii de augmentare
După primele 12 săptămâni	Continuarea tratamentului cu monitorizarea tolerabilității,	Schimbarea cu un AD din altă clasă sau • Psihoterapie intensivă sau • TEC

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003</p>	Ediția I
		Revizia 0
Secție: CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 14 din 29

Opțiuni terapeutice în depresia subclinică și depresia ușoară

În aceste cazuri:

- se recomandă măsuri generale și intervenții psihosociale și psihologice;
- îngrijirile se vor focaliza pe nevoile identificate în urma evaluării fiecărui pacient cu depresie, iar pe parcursul monitorizării strategia terapeutică se va adapta în funcție de evoluția stării pacientului.

Măsuri generale recomandate:

- structurarea zilei;
- concentrarea asupra unor activități plăcute și/sau obiective mici, tangibile;
- igiena somnului;
- dieta adecvată,
- exerciții fizice,
- lecturarea unor materiale de autoajutorare.

Intervenții psihologice și psihosociale recomandate:

- intervenții individuale ghidate, care includ tehnici de auto-ajutorare bazate pe principiile terapiei cognitiv-comportamentale;
- terapii cognitiv-comportamentale oferite în mediul virtual;
- program structurat de activitate fizică în grup.

Intervențiile psihologice și psihosociale vor fi livrate de către membri ai echipei terapeutice cu competențe specifice și trebuie să se fundamenteze pe manuale de intervenție relevante care ghidează structura și durata acestora.


Tratamentul medicamentos nu va fi o opțiune de rutină în managementul depresiei subclinice și a depresiei ușoare (Ghidul NICE, 2018). La pacienții cu simptome depresive subclinice persistente și la pacienții cu depresie ușoară se va avea întotdeauna în vedere raportul risc-beneficiu în alegerea opțiunilor terapeutice.

Medicația antidepresivă va fi folosită doar în câteva situații specifice:

- istoric de episoade depresive de intensitate moderată sau severă;
- simptome depresive subclinice care persistă o perioadă mai lungă de timp, cel puțin 2 ani;
- simptome depresive subclinice care persistă după intervențiile terapeutice amintite anterior (măsuri generale, intervenții psihosociale și psihologice intensive).

Opțiuni terapeutice în depresia moderată și severă

- medicație antidepresivă, în combinație cu
- intervenții psihologice

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MENTALA	PM-CSM-003	Pag. 15 din 29

Alegerea opțiunilor de intervenție va ține cont de:

- durata episodului depresiv și evoluția simptomelor,
- experiențe anterioare de tratament,
- posibilitatea apariției unor efecte secundare,
- estimarea aderenței la tratament,
- opțiuni/preferințe ale persoanei care va urma tratamentul.

În cazul în care pacientul refuză tratamentul, medicul curant îi va explica riscurile acestei decizii.

În cazul în care există risc de suicid, risc de heteroagresiune, risc de autonegligare, simptomatologie psihotică, comorbiditate psihiatrică sau somatică semnificativă, se va dispune trimiterea către serviciile de specialitate pentru internare voluntară sau non-voluntară.


În cazul în care nu există răspuns la medicația inițială se vor lua în considerare:

- Creșterea dozei de antidepressiv
- Înlocuirea cu un alt compus antidepressiv
- Combinarea a două antidepressive
- Strategii de augmentare a acțiunii medicației antidepressive cu:
 - - Antipsihotice atipice
 - - Litiu
 - - Anticonvulsivante (lamotrigina, carbamazepina sau săruri ale acidului valproic)
 - - Triiodtironina
 - - Bupirona
 - - Benzodiazepine
 - - Pindolol
- Terapie electroconvulsivantă
- Alte intervenții: Stimulare magnetică transcraniană, stimularea nervului vag, fototerapia

Monitorizarea pacientului cu depresie

Medicul psihiatru din ambulatorul CSM va nota în registrul de consultații fiecare prezentare a pacientului, precizând diagnosticul și tratamentul. Acesta va nota în fișa de dispensarizare a pacientului starea clinică și tratamentul, argumentând deciziile de schimbare a schemei terapeutice, indicațiile de investigații complementare, trimiterile către alte specialități, trimiterile către internare. De asemenea, va atașa sau consemna în fișa de dispensarizare evaluările psihologice, intervențiile psihologice și sau psihosociale efectuate.

În funcție de tratament, medicul curant va solicita periodic efectuarea analizelor de laborator necesare pentru monitorizarea efectelor secundare ale medicației.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția I
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANĂTATE MINTALĂ	PM-CSM-003	Pag. 16 din 29

Monitorizarea obiectivă a simptomatologiei și evoluției bolii se va efectua pe baza scalelor de evaluare psihometrică pentru depresie, în funcție de pacient, de fiecare dată când se consideră necesar sau util de către medicul curant.

Se vor avea în vedere ca indicatori pentru episodul acut și pentru perioada dintre recurențe/ recăderi:

1. Simptomele clinice, severitatea lor, asocierea simptomelor psihotice sau alte comorbidități somatice sau psihiatrice (atenție la uzul/abuzul de alcool sau alte substanțe sau la posibilele semne clinice de viraj hipomaniacal sau maniacal);
2. Riscul suicidar;
3. Eficiența metodelor terapeutice alese: medicația psihotropă, intervențiile psihologice, altele (monitorizarea periodică a răspunsului la tratament);
4. Tolerabilitatea și efectele secundare sau adverse ale medicației antidepressive;
5. Complanța sau eventualele simptome de discontinuare a medicației;
6. Calitatea remisiunii, numărul, tipul și severitatea simptomelor reziduale;
7. Numărul recurențelor și severitatea acestora, timpul necesar până la obținerea remisiunii;
8. Funcționalitatea globală și calitatea vieții.

Nevoile și cerințele în monitorizarea pacientului adult cu depresie sunt următoarele:

1. Coordonarea optimă între profesioniștii de la diferite nivele de îngrijire – pentru o bună supervizare și monitorizare a fiecărui caz în parte;
2. Monitorizarea simultană a factorilor psiho-sociali asociați condiției medicale;
3. Modificarea graduală, în funcție de nevoi, a terapiei medicamentoase și a psihoterapiei, precum și intensificarea controalelor periodice, dacă este necesar.
4. La fiecare reevaluare se va acorda o atenție deosebită următorilor factori care pot influența severitatea și evoluția bolii:

- istoric de depresie sau orice comorbiditate cu alte tulburări mentale sau boli somatice;

- orice date din istoricul personal sau familial relevante pentru dispoziție elevată (sugestive pentru depresia bipolară);

- orice experiență cu tratamente psihotrope și răspunsul la acestea;


- calitatea rețelei sociale;

- condițiile de habitat, izolarea socială.

Tratamentul farmacologic în depresie

Managementul farmacologic al pacientului diagnosticat cu depresie va respecta câteva principii esențiale:


- Reevaluarea și monitorizarea activă a pacientului trebuie să fie demarate precoce după diagnosticare, înaintea instituirii oricărei medicații antidepressive;

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția CENTRU DE SĂNĂTATE MINTALĂ	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
	PM-CSM-003	Pag. 17 din 29

- Riscul suicidar va fi reevaluat în fiecare etapă a tratamentului, la fiecare sesiune de monitorizare;
- Psihoeducația pacientului va include:
 - Informații privind tipul și durata tratamentului;
 - Informarea pacientului și familiei/aparținătorilor privind necesitatea medicației antidepresive și a lipsei apariției sindromului de dependență în cazul tratamentului cu un antidepresiv;
 - Informații despre sindromul de discontinuare a antidepresivului;
 - Discuții privitoare la apariția și monitorizarea unor posibile efecte adverse ce pot surveni precoce pe parcursul tratamentului, precum agitația, intensificarea stărilor de anxietate sau apariția ideii de suicidare;
 - Se vor discuta opțiunile de tratament farmacologic și raportul risc-beneficiu, efectele secundare; alegerea antidepresivului se va face cu participarea informată și activă a pacientului;
 - În eventualitatea refuzului tratamentului antidepresiv pacientul va fi informat asupra alternativelor de tratament și se vor relua discuțiile privind tratamentul farmacologic cât mai curând posibil, pacientului fiindu-i aduse la cunoștință riscurile asociate lipsei tratamentului.
- Tratamentul antidepresiv va fi inițiat cu atenție, pacientul fiind monitorizat activ pe parcursul titrării antidepresivului;
- Pacienții cu risc suicidar vor fi monitorizați mai frecvent (săptămânal sau chiar mai frecvent/ori de câte ori impune situația clinică);
- Măsurile de dietă și igienă a somnului vor fi luate pe tot parcursul tratamentului, pacientul fiind educat în acest sens;
- Se va stabili un plan structurat de monitorizare a pacientului. Frecvența ședințelor de evaluare și monitorizare a simptomelor va ține cont de severitatea clinică, comorbiditatea/ comorbiditățile, aderența la tratament, sprijinul social, frecvența și severitatea efectelor secundare ale tratamentului prescris.

Selectarea antidepresivului va ține cont de următorii factori

- Durata episodului și evoluția simptomelor,
- Experiențele anterioare cu medicația antidepresivă,
- Eficacitatea pe termen lung,
- Tolerabilitatea, efectele secundare anticipate,
- Preferința pacientului,
- Riscul evaluat de complianță redusă /aderență redusă la tratament /riscu de discontinuare,
- Existența comorbidității somatice sau psihiatrice,
- Potențialele interacțiuni medicamentoase,
- Timpul de înjumătățire,
- Costurile.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
	PM-CSM-002	Pag. 18 din 29

Răspunsul la antidepresive poate să dureze 4-6 săptămâni, dar cel mai adesea apare în primele două – ceea ce constituie un bun argument pentru continuarea cu același compus antidepresiv.

Antidepresivele vor fi continuate cel puțin 6 luni după obținerea răspunsului.

Dozele mari de SSRI, SNRI, ATC și asocierile culitiului auris cu marea de *sindrom serotoninergic*. Simptomatologia dominată de transpirații, tahicardie, febră, hiperreflexie, hipertensiune, greață, diaree, stare mentală alterată – va fi rapid recunoscută și tratată.

Va fi monitorizată îndeaproape, mai ales în cazul administrării SSRI, cu risc mai mare la pacienții vârstnici și la femei instalarea *hiponatremiei*: greață, cefalee, amețeli, stupor.

Sensibilitatea la efecte adverse este mai mare la persoanele peste 65 de ani și la cei cu probleme somatice complexe, care au și răspuns mai prost la tratament și risc mai mare de recădere. Interacțiunile medicamentoase cele mai reduse le au citalopramul și sertralina.

Principalele clase de antidepresive

1. *Antidepresive din prima generație – triciclice și tetraciclice* (imipramină, clomipramină, amitriptilină, doxepină, nortriptilină, maprotilină, mianserină).

Efecte psihofarmacologice – inhibitori ai recaptării presinaptice pentru 5-HT și NA, capacitate de blocare puternică a receptorilor postsinaptici 5-HT și a receptorilor NA.


Efecte adverse:

- *efecte anticolinergice* (retenție urinară, constipație, creșterea tensiunii intraoculare, producerea și accentuarea deficitului cognitiv);
- *efecte antihistaminergice* (sedare, creștere în greutate);
- *efecte secundare blocadei receptorilor NA* (sedare, hipotensiune ortostatică);
- *efecte cardiotoxice* (prelungirea intervalului QT, bloc atrio-ventricular, saturarea membranei cu elevarea segmentului ST, aritmii, moarte subită);
- *efecte neurotoxice* (stări confuzionale, delirium, mișcări dezordonate, convulsii);
- *efecte secundare speciale*, riscul decesului la over-dose, având un index terapeutic extrem de scăzut, riscul virajului hipomaniacal sau maniacal.

Contraindicații:

- tulburări cardiace, infarct miocardic recent, antecedente cu EKG modificat și/sau tulburări de ritm cardiac;
- glaucom;
- adenom de prostată;
- antecedente care sugerează bipolaritatea;
- antecedente de comportament suicidal, indicele toxic al medicației din prima generație fiind foarte apropiat de indicele terapeutic.

Datorită non-specificității psihofarmacologice a efectelor secundare și a riscurilor de administrare, aceste medicamente antidepresive se recomandă a fi utilizate la persoane tinere sănătoase, care să dispună anterior instituirii tratamentului de o evaluare cardiologică (clinic

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003</p>	Ediția I
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 19 din 29

și EKG), neurologică (clinic și EEG), hematologică, oftalmologică și urologică. După înstituirea tratamentului, pacienții necesită reevaluări la interval de 3-6 luni.

2. Antidepresive din a doua generație

2.1. *Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei - SSRI* (fluoxetină, fluvoxamină, paroxetină, sertralină, citalopram, escitalopram).

Efecte psihofarmacologice:

- Dispun de proprietăți relativ selective pentru inhibarea recaptării la nivel presinaptic pentru serotonină.

Efecte secundare:

- digestive (greață, vomă) datorate activării serotonergice a receptorilor 5-HT₃;
- agitație psihomotorie și creșterea semnificativă a anxietății în depresiile non-serotoninice;
- akatisie, parkinsonism;
- sedare, amețeli, disfuncție sexuală la bărbați și femei;
- sindrom de discontinuitate;
- sindrom serotonergic;
- fenomene extrapiramidale la persoanele cu vulnerabilitate;
- convulsii.

Contraindicații:

- depresiile non-serotoninice;
- antecedente convulsivante;
- parkinsonism.

2.2. *Inhibitorii de recaptare a noradrenalinei – NRI (reboxetina)*

Acțiune psihofarmacologică:

- proprietăți relativ selective pentru inhibarea recaptării la nivel presinaptic pentru noradrenalină.

Efecte secundare:

- activarea NA poate determina creșterea anxietății și insomnie.

Contraindicații:

- depresiile non-adrenergice;
- anxietate marcată.


2.3. *Inhibitori ai recaptării noradrenalinei și dopaminei – NDRI (bupropionul)*

Acțiune psihofarmacologică:

- proprietăți relativ selective pentru inhibarea recaptării la nivel presinaptic pentru NA și DA în doze terapeutice, aducând un beneficiu în depresia dopamino-dependentă.

Efecte secundare:

- potențează riscul proconvulsivant;
- rare tulburări digestive;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003</p>	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 20 din 29

- insomnie.

Contraindicații:

- pacienții cu antecedente de hipertensiune arterială, convulsii și comportament suicidar.

2.4. Inhibitori ai recaptării serotoninei, noradrenalinei – NSRI (venlafaxina, duloxetină, minalcipran)

Ațiune psihofarmacologică:

- dispun de proprietăți relativ selective pentru inhibarea recaptării la nivel presinaptic pentru 5-HT, NA în funcție de doză (venlafaxina).

Venlafaxina în doze mari (peste 225 mg) influențează nivelul de dopamină, fiind din acest punct de vedere un model de flexibilitate terapeutică

Efecte secundare:

- creșterea tensiunii arteriale;
- interferență cu citocromul P-450;
- rare tulburări digestive.

Contraindicații:

- pacienții cu antecedente de hipertensiune arterială ce necesită strictă monitorizare;
- pacienți cu alții persistente în care suferința organică de risc nu a fost precizată.

2.5. Antidepresive NaSSA (mirtazapina, trazodona)

Ațiune psihofarmacologică:

- mecanism dual, inhibitor presinaptic de recaptare a serotoninei și acțiune postsinaptică asupra receptorilor 5-HT₂ și 5-HT₃, cu efecte digestive minime, ameliorând disfuncția sexuală.

Efecte secundare:

- risc de viraj hipomaniacal și maniacal.


2.6. Antidepresive cu acțiune modulatoare serotoninergică (tianeptina) și serotoninergică / melatoninică (agomelatina)

Tianeptina este un antidepresiv de tip serotoninergic cu mecanism special, realizând o raforsare globală a transmisiei 5-HT. Are acțiune neuroplastică, majoritatea studiilor confirmând ameliorarea semnificativă a volumului hipocampal.

Agomelatina este un agonist melatoninergic (receptorii MT1 și MT2) și un antagonist al receptorilor 5HT2C. Agomelatina intensifică eliberarea dopaminei și noradrenalinei în cortexul frontal și nu influențează concentrațiile extracelulare de serotonină.

Contraindicații: Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți; insuficiență hepatică (ciroză sau boală hepatică activă); utilizarea concomitentă a inhibitorilor puternici de CYP1A2

Efecte adverse: cefalee, amețeli, greață, diaree, dureri la nivelul abdomenului superior, hiperhidroză, fatigabilitate, anxietate

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	<p>PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003</p>	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 21 din 29

2.7. Antidepresive serotoninergice multimodale (vortioxetina)

Vortioxetina este un antidepresiv serotoninergic multimodal

Acțiune psihofarmacologică:

- Crește eliberarea mai multor diferite neurotransmițători (serotonină, noradrenalină, dopamină, glutamat, acetilcolină și histamină) și reduce eliberarea GABA

Contraindicații:

- Dacă pacientul ia un IMAO (inhibitor de aminooxidază)
- Dacă există o alergie dovedită la Vortioxetina

Efecte adverse:

- Greață, vărsături, constipație
- Disfuncție sexuală
- Rareori crize convulsive
- Rareori inducerea maniei și activarea ideății suicidare

Dacă se recurge la terapia de augmentare, se vor lua în considerare următoarele aspecte:

În cazul litiului, se vor avea în vedere: monitorizarea activității renale și endocrine (cu precădere funcționarea tiroidei) - evaluare pre tratament și apoi la fiecare 6 luni; monitorizare cardiovasculară; monitorizarea nivelului de litiu la finalul primei săptămâni, o dată cu fiecare schimbare de doză, precum și la 3 luni;


Dacă se prescrie un antipsihotic, se vor monitoriza greutatea, nivelul lipidic și de glucoză, efectele secundare.

Sindromul de discontinuare

Sindromul de discontinuare reprezintă un ansamblu de simptome care apare la un interval de până la 5 zile de la întreruperea bruscă a antidepresivului sau uneori în timpul reducerii treptate a dozei antidepresivului. Nu poate fi atribuit altor cauze.

Riscul crescut a fost asociat cu:

- antidepresivele cu timp scurt de înjumătățire,
- utilizarea venlafaxinei și paroxetinei; cel mai scăzut risc este în cazul tratamentului cu fluoxetină și agomelatină,
- omisiuni ale dozelor,
- durata de tratament cu antidepresiv mai mare de opt săptămâni,
- pacienți cu simptome de anxietate apărute la inițierea tratamentului antidepresiv, mai ales cu cele din clasa SSRI,
- tratament concomitent cu altă medicație cu acțiune la nivel central, precum hipotensoare, antihistaminice, antipsihotice,
- istoric anterior de sindrom de discontinuare,
- istoric de recădere/recurență depresivă la întreruperea tratamentului antidepresiv.

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1 . . .
		Revizia 0
Secția CENTRUL DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 22 din 29

Manifestari clinice ale sindromului de discontinuare

- simptome afective (iritabilitate),
- simptome gastro-intestinale (vărsături),
- simptome neuromotorii (ataxic),
- simptome vasomotorii (transpirații),
- simptome neurosenzoriale (parestezii),
- alte simptome neurologice.

Se poate manifesta cu intensitate variabilă și cu orice combinație a simptomelor amintite mai sus.

Diagnosticul diferential al sindromului de discontinuare la antidepresive se va face cu recăderea depresivă sau cu boli somatice cu manifestări similare

Managementul sindromului de discontinuare:

1. Măsuri preventive:

- cunoașterea timpului de înjumătățire a antidepresivului și reducerea dozelor în funcție de acesta,
- efectuarea rapidă a switch-ului antidepresiv, pe o durată de câteva zile (cel mult o săptămână) în cazul antidepresivelor din aceeași clasă.


2. Tratament:

- în sindromul de discontinuare de intensitate ușoară: consilierea suportivă și psihopedagogică a persoanei, monitorizare clinică; simptomele se remit rapid, fără un tratament specific;
- în sindromul de discontinuare de intensitate moderată sau severă: reintroducerea medicației antidepresive inițiale sau a altui antidepresiv din aceeași clasă cu cel inițial, de preferință cu timp de înjumătățire mai lung.

Recomandări clinice în depresia rezistentă la tratament

În momentul revizuirii tratamentului farmacologic al unui pacient ale cărui simptome depresive nu au răspuns adecvat la intervențiile farmacologice inițiale:

1. Se va verifica aderența la tratament precum și efectele secundare ale tratamentului inițial;
2. Va crește frecvența întâlnirilor terapeutice, cu monitorizarea strictă a indicatorilor de progres;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA</p>	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 23 din 29

3. Se va lua în considerare faptul că, utilizarea unui antidepresiv unic, spre deosebire de strategiile care presupun fie combinarea a două antidepresive, fie creșterea dozei, este asociată cu un număr mai mic de efecte secundare;
4. Se va lua în considerare reintroducerea unor tratamente utilizate anterior, la care aderența nu a fost optimă, eventual cu creșterea dozei;
5. Se va lua în considerare trecerea la o medicație antidepresivă alternativă;

Dovezile cu privire la avantajele schimbării antidepresivului vs continuarea cu același tratament, nu sunt puternice iar indicațiile cu privire la tipul de antidepresiv alternativ sunt insuficiente. Decizia clinică va fi ghidată de evaluarea efectelor secundare și posibilele interacțiuni la momentul schimbării.

Având în minte nivelul slab al dovezilor ce susțin avantajele schimbării cu un alt antidepresiv (în interiorul aceleiași clase de antidepresive sau din clasă diferită), vor fi considerate următoarele:

- a. Inițial, trecerea la un SSRI diferit sau la un medicament de generație nouă, mai bine tolerat;
- b. Ulterior, un antidepresiv dintr-o clasă farmacologică diferită, cu riscul ca va fi mai greu tolerat;

Nu se recomandă inițierea unei scheme noi de tratament cu dosulepin, dat fiind riscul cardiac ridicat și nivelul mare de toxicitate în supradoză.

La schimbarea cu un alt antidepresiv se recomandă următoarele precauții:

1. De la fluoxetină, la alt antidepresiv;
2. De la fluoxetină sau paroxetină la TCA (antidepresive triciclice), pentru că ambele inhibă metabolizarea medicației TCA; se poate începe cu o doză mică de TCA;
3. Înlocuirea cu un nou SSRI sau MAOI, datorită riscului de sindrom serotoninergic;

Evaluarea unei persoane cu depresie cu răspuns parțial la tratament va include:


- tabloul clinic, riscul de suicid, istoricul de tratament;
- stresorii psihosociale asociați, trăsăturile de personalitate, dificultățile relaționale, cu precădere în caz de depresie cronică/ recurentă;
- comorbiditățile asociate, inclusiv consumul de alcool / substanțe și tulburările de personalitate.

Dacă persoana cu depresie a beneficiat de psihoeducație cu privire la riscul de a avea efecte secundare accentuate și este pregătită pentru tolerarea acestora, se recomandă combinarea antidepresivului cu litiu sau un antipsihotic, sau un alt antidepresiv;

Dacă se prescrie litiu, se va avea în vedere: monitorizarea activității renale și endocrine (cu precădere funcționarea tiroidei) - evaluare pre-tratament și apoi la fiecare 6 luni; monitorizare cardiovasculară; monitorizarea nivelului de litiu la finalul primei săptămâni, o dată cu fiecare schimbare de doză, precum și la fiecare 3 luni;

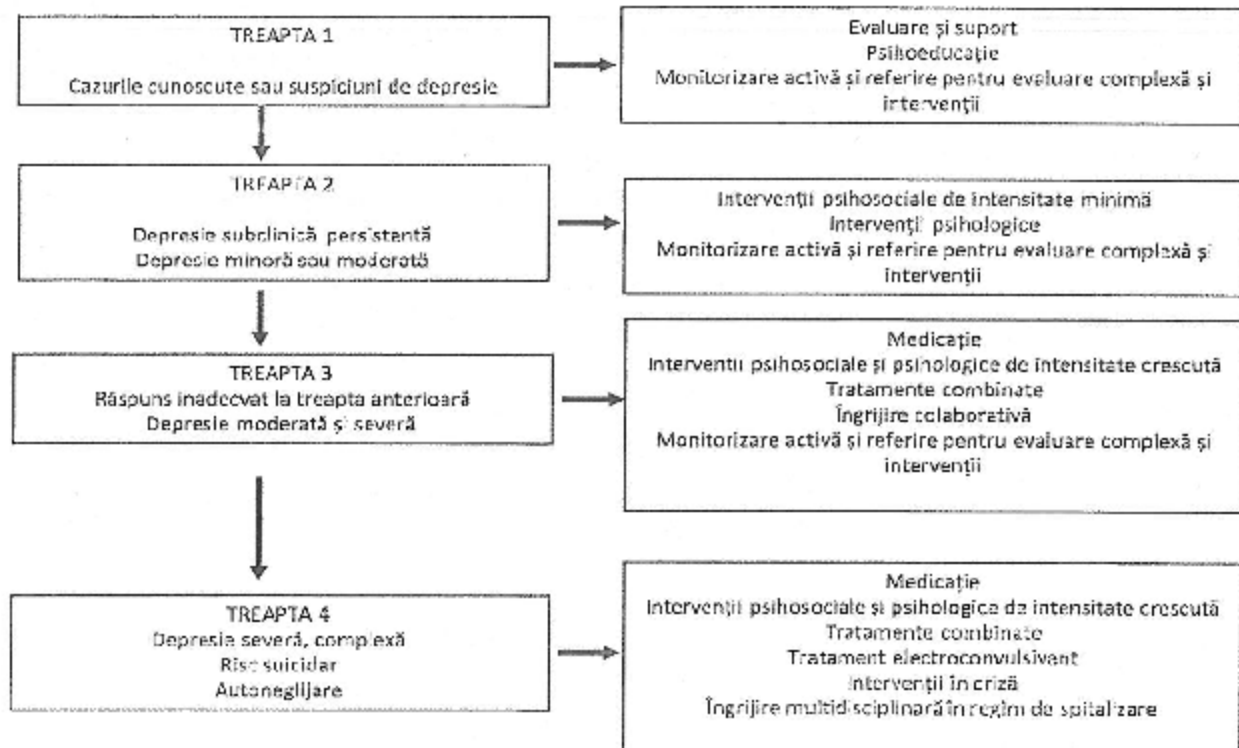
Dacă se prescrie un antipsihotic, se va avea în vedere: monitorizarea greutatei, a nivelului lipidic și de glucoză, a efectelor secundare.

Tipuri de intervenții psihoterapeutice în depresie:

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM-CSM-003	Pag. 24 din 29

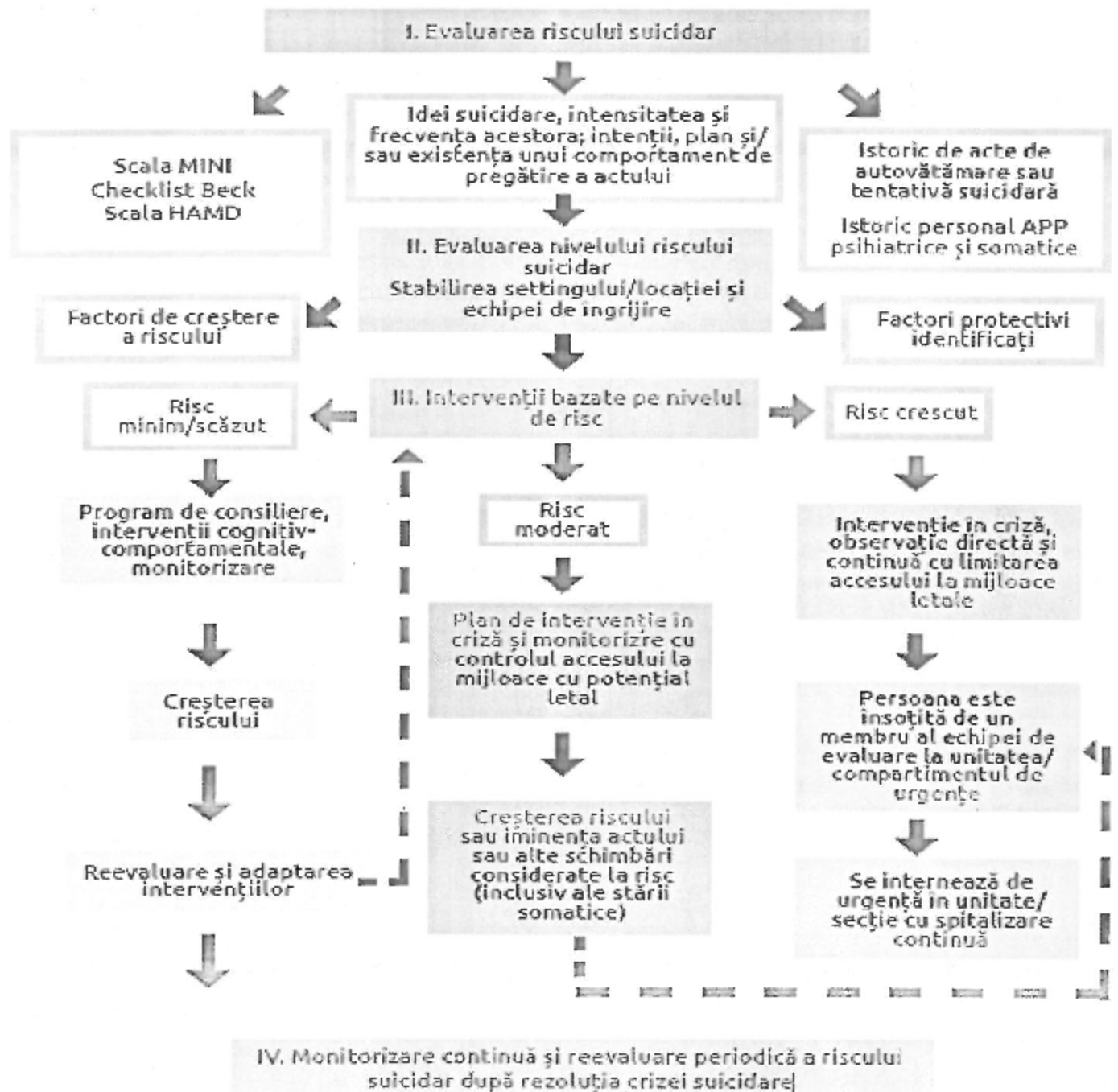
- consiliere psihologică;
- psihoterapii cognitiv-comportamentale;
- psihoterapie familială și de cuplu;
- psihoterapie centrată pe soluții;
- psihoterapie interpersonală;
- psihoterapie psihodinamică;
- alte tipuri de intervenții dovedite științific a avea rezultate în tratamentul depresiei.


Îngrijirea în trepte a pacientului cu depresie (conform Ghidului național privind Managementul depresiei la adult)





ALGORITM DE INTERVENȚIE LA ADULTUL CU RISC SUICIDAR



 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CĂENTRU DE SANATATE MENTALA	PM-CSM-003	Pag. 27 din 29

7. Resurse necesare

1. Umane (competențele personalului necesare)

Echipă multidisciplinară cu:

- Medici specialiști/primari psihiatri
- Psiholog clinician
- Asistent social cu competențe în sănătatea mintală
- Asistentă medicală psihiatrie

Modelul de îngrijire colaborativă a fost derivat din modelul de abordare a tulburărilor somatice cronice. Ultimul deceniu a adus un volum critic de dovezi care arată eficiența modelului de îngrijire colaborativă și recomandă implementarea acestuia pe scară largă.

2. Material (aparatură specific etc)

- Medicație specifică
- Teste psihologice/scale de evaluare
- Tensiometru, stetoscop, termometru, pulsoximetru, cântar, centimetru, glucometru
- Computer, imprimantă, accesorii birotică

8. Condiții de abatere de la protocol

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 a 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

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților/aparținătorilor	anual	Număr reclamații ale pacienților /aparținătorilor cu diagnostic de depresie în decurs de 6 luni	0
2	Numărul evenimentelor adverse (cazuri suicid la	anual	Numărul evenimente adverse/Număr total de pacienți	5%



	pacienți dispensarizați/internați în CSM, complicații medicale secundare tratamentului)		cu diagnostic de depresie	
3.	Număr internări în servicii psihiatrice de spitalizare continuă la pacienții dispensarizați în cadrul CSM cel puțin 6 luni	anual	Număr internări/Număr total de pacienți cu diagnostic de depresie	10%
4	Număr pacienți cu diagnostic de depresie incluși în programe de reabilitare (consiliere psihologică/psihosocială, grupuri de suport, ergoterapie, kinetoterapie)	anual	Număr pacienți incluși în programe/Număr total de pacienți cu diagnostic de depresie	50%
5	Număr pacienți noi cu diagnostic de depresie dispensarizați în cadrul CSM cel puțin 6 luni	anual	Număr pacienți instituționalizați/număr total de pacienți cu diagnostic de depresie	10%
6	Număr pacienți cu diagnostic de depresie menținuți cel puțin la același nivel de funcționalitate (conform GAFS)	anual	Număr pacienți menținuți cel puțin la același nivel de funcționalitate/număr total pacienți cu diagnostic de depresie	50%

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție


- Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
- Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
- Coordonează/realizează analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului
- Coordonează autoevaluarea periodică a respectării protocolului
- Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului

2. Auditor clinic al secției

- Participă în misiuni audit clinic de analiză a protocoalelor implementate la nivel de spital
- Analizează periodic implementarea protocoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
- Analizează periodic abaterile de la protocoalele implementate la nivelul secției din care face parte

3. Medicii clinicieni din cadrul secției

- Respectă protocolul medical
- Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENTĂ "PIUS BRÎNZEU" TIMIȘOARA	PROTOCOL MEDICAL DIAGNOSTIC SI TRATAMENT IN DEPRESIE PM-CSM-003	Ediția 1
		Revizia 0
Secția CENTRU DE SANATATE MINTALA	PM CSM 003	Pag. 29 din 29

- c. Completează FOCG/ Fișa de dispensarizare cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCG/Fișa de dispensarizare/registru de consultații diagnosticul și recomandările de medicamente (menționând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCG/Fișa de dispensarizare 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.
 - g. Consiliază pacientul cu privire la diagnostic, planul terapeutic, evoluție, prognostic.
4. Asistentele medicale din cadrul secției
 - a. Administrează medicamentele conform recomandărilor medicului curant
 - b. Pregătește pacientul pentru investigațiile recomandate de către medicul curant
 - c. Monitorizează anumiți parametri clinici și funcționali ai pacientului.
 5. Psihologul clinician
 - a. Realizează testarea psihologică a pacientului, la solicitarea medicului curant
 - b. Efectuează ședințe de psihoeducație/consiliere/psihoterapie/intervenție în criză, în funcție de nevoile specifice ale fiecărui pacient
 6. Asistentul social
 - a. Evaluează datele socio-demografice
 - b. Realizează ancheta socială
 - c. Propune obiective de intervenție pe baza informațiilor obținute
 - d. Consiliază pacientul și/sau familia/aparținătorii legat de disfuncționalitățile sociale
 - e. Sprijină pacientul în soluționarea unor dificultăți administrative și socio-profesionale
 - f. Asistă pacientul în obținerea de beneficii și prestații de natură socială

Asistentul social realizează aceste demersuri, în funcție de nevoile specifice ale fiecărui pacient.

