

SPITALUL DE PSIHIATRIE DRAGOESTI



Adresa: strada Spitalului nr.1, Localitatea
Dragoesti, judetul Valcea,
Site: www.spitaluldragoesti.ro
E-mail: spitalul_dragoesti@yahoo.com
Telefon 0250762331, fax 0250762331.



UKS is a member of the group of Standards Holders Ltd.

Nr. 659/06.03.2015

AVIZAT
CONSILIUL MEDICAL

Presedinte
Dr. Berbece Dragos

.....

APROBAT
COMITETUL DIRECTOR

Manager
dr. Stanca Edward

.....

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT

SCHIZOFRENIE, PSIHOZE ACUTE SI PERSISTENTE

ALGORITMI DE DIAGNOSTIC

Schizofrenie 1 Prezența unor simptome psihotice caracteristice: delirul bizar, delirul de control / influență, halucinații auditive verbale discursive sau comentative la persoana a treia, simptome specifice sindromului de transparență a gândirii și a celui de influență xenopatică, durată cel puțin o lună

2. în cazul prezenței și a unor sindroame afective (depressive sau maniacale), simptomele caracteristice schizofreniei durează cel puțin două săptămâni în absența acestor simptome afective

3. simptomele psihotice caracteristice schizofreniei nu sunt cauzate de efectele directe ale unei boli organice sau ale unui consum de substanțe psiho-active care se pot manifesta prin simptome schizofreniforme.

4. diagnosticul clinic precizează și tipul clinic al episodului actual în funcție de satisfacerea unor criterii specifice de diagnostic.

Tulburarea deliranta persistenta

1. prezența unor simptome psihotice delirante cu sau fără asocierea unor halucinații, și care nu sunt de tipul specific celor întâlnite în schizofrenie.

2. durata episodului clinic este de cel puțin trei luni

3. simptomele psihotice nu sunt cauzate de efectele directe ale unei boli organice sau ale unui consum de substanțe psiho-active.

Tulburările psihotice acute și tranzitorii

1. prezența unor simptome psihotice variate, uneori cu caracter fragmentar
2. cazurile cu caracter polimorf asociază diverse simptome afective, comportamentale, modificări ale conștiinței și au o fluctuantă
3. uneori simptomatologia are un caracter reactiv (asociată cu un stres acut)
4. durata episodului acut este de maximum o lună în cazul prezenței unor simptome psihotice schizofreniforme sau de maximum trei luni în cazul prezenței simptomelor delirante neschizofreniforme
5. tabloul clinic nu este cauzat de efectele directe ale unei boli organice sau ale unui consum de substanțe psiho-active.

ALGORITMI DE TRATAMENT: MEDICAMENTOS SI INTERVENTII PSIHOSOCIALE.

De cele mai multe ori este nevoie de internare în spital, câteodată sub formă nevoluntară.

Schizofrenie

Pentru perioada de debut se utilizează antipsihotice atipice, de preferință risperidona, olanzapina și ziprasidona, ultimele existente și în forme injectabile. După stabilizare se recomandă continuarea cu aceeași clasă de antipsihotice. Se pot asocia benzodiazepine și ortotimizante. Tratamentul medicamentos al fazei acute va fi evaluat periodic, cu schimbarea neurolepticului în caz de lipsă de răspuns la 2 săptămâni de la atingerea dorei maxime.

Tratamentul formei cu simptome predominant negative. Prima opțiune este cu antipsihotice atipice. În formele reziduale (cronice, cu istoric de peste 10-20 de ani, care au primit tratament îndelungat cu antipsihotice tipice, sau și cu electroșoc), se recomandă forme de depozit ale antipsihoticelor de prima generație.

Tratamentul forme cu simptome predominant pozitive. La pacienții cu decompensări repetate cu predominanță simptomelor pozitive, de primă alegere pot fi antipsihotice atipice sau cele clasice. Se preferă antipsihoticul atipic la cei care au prezentat simptome extrapiramidale, traumatisme obstetricale la naștere. Pe măsura creșterii numărului de episoade, care duc la displasticizarea sinapselor se trece de la antipsihotice cu acțiune

selectiva (amisulprid), la cele cu actiune medie(risperidona, ziprasidona, aripiprazol) si cu actiune multireceptorala (olanzapina, quetiapina).

Tratamentul formelor refractare Este acea forma care la trei episoade psihotice acute nu a putut fi remisa, utilizind antipsihotice din 3 clase diferite in doze eficiente ca si formele care au prezentat efecte secundare si adverse redutabile. Tratamentul de prima alegere il reprezinta clozapina.

Terapiile eroice pot fi utilizate alternativ:

- asocierea antipsihoticelor atipice cu antidepresive SSRI sau trazodona
- asocierea clozapinei cu amisulprid
- asocierea a doua antipsihotice atipice complementare
- doze foarte mari de clozapina pina la 600 mg /zi
- electrosoc

Tratamentul de intretinere se bazeaza pe raspunsul terapeutic din perioada acuta si dureaza minim 5 ani

Managementul efectelor adverse

-Semnele de parkinsonism din tratamentul cu neuroleptice clasice impune trecerea la un antipsihotic atipic cu risc minim (olanzapina, ziprasidona, aripiprazol, quetiapina). Daca apare acatisie se pot asocia propranolol, benzodiazepine si/sau ciproheptadina.

-In caz de hiperprolactinemie se trece pe un atipic cu risc minim quetiapina, olanzapina

-La aparitia diskineziei tardive se sisteza corectorul antiparkinsonian si gradat antipsihoticul, se administreaza vitamina E si clonazepam, apoi se trece pe tratament de electie cu clozapina.

-Sindromul neuroleptic malign impune sistarea oricarui tratament antipsihotic, monitorizarea intr-o sectie de terapie intensiva si reluarea tratamentului cu un agent de blocare redusa a receptorilor D2(clozapina, olanzapina, quetiapina).

In caz de obezitate si intoleranta la glucoza se poate trece la amisulprid, aripiprazol, ziprasidona.

Interventii medico-sociale integrate cu tratamentul medicamentos Interventiile psihosociale gradate in raport cu evolutia bolii catre remisiune trecind dela ingrijire spitaliceasca, catre revenirea in familie sau in institutii comunitare, apartamente protejate, spitalizare de zi catre recuperarea sociala, reintegrare sociala si eventual profesionala. Ele dau sens existentei bolnavului si contribuie la reducerea efectelor destructurante ale bolii.

In tulburarea psihotica persistenta tratamentul este cu neuroleptice antipsihotice clasice sau atipice si interventii psihosociale.

Tulburarile psihotice acute si tranzitorii se trateaza la fel ca schizofrenia la debut. In plus se adauga anxiolitice, benzodiazepine si dupa caz antidepresive. In cazul formelor cu componente reactive, se adauga psihoterapia de sustinere, interventia de criza menita sa reduca tensiunea psihotica si presiunea evenimentelor psihotraumatizante.