



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: spitalcfiasi@yahoo.com
Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitaluniversitarcfiasi.ro

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENȚĂ

PR-PSH-01

NOTĂ:

Acest document este proprietatea intelectuală a Spitalului Clinic Căi Ferate Iași.

Reproducerea integrală sau parțială a acestui document este permisă numai cu acordul prealabil scris și înregistrat al managerului spitalului.

Constituie abatere disciplinară necunoașterea și/sau neaplicarea întocmai a cerințelor prezentului document.

Aceasta abatere va fi sancționată conform art. 247, 248 și art. 250-252 din Codul Muncii, actualizat.

Revizie

Revizia acestui document se face ținând cont de rezultatele implementării indicatorilor de monitorizare, de structură, proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.

Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile mai sus menționate.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 1/14

Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Nr crt.	Ediția/ revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
1	1/0	- integral	- elaborare inițială	03.08.2022

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției protocolului

Nr crt.	Elaborat / verificat / avizat / aprobat	Nume și prenume	Funcția	Semnătura	Data
1	Elaborat	Dr. Stela-Maria Leonte	Medic psihiatric/RMC primar		23.06.2022
2	Verificat	Farm. Diana Glod-Vasian	Farmacist clinician		24.07.2022
2	Avizat juridic	Av. Petru Manița	Avocat		20.07.2022
4	Avizat	Dr. Emilia Solomon	Director medical		28.07.2022
5	Aprobat	Dr. Mihai Glod	Manager		28.07.2022

Exemplar nr.: 2





SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 2/14

CUPRINS:

1. SCOP
2. DOMENIU DE APLICARE
3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI
4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ / BIBLIOGRAFIE
5. DESCRIEREA PROCEDURII
 - 5.1 Etiologie, epidemiologie
 - 5.2 Factori de risc, screening
 - 5.3 Anamneza
 - 5.4 Tablou clinic
 - 5.5 Investigații clinice și paraclinice
 - 5.6 Diagnostic pozitiv
 - 5.7 Diagnostic diferențial
 - 5.8 Complicații
 - 5.9 Tratament
 - 5.10 Evoluție
6. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE
7. CONDIȚII DE ABATERE
8. INDICATORI DE MONITORIZARE
9. RESPONSABILITĂȚI
10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI
11. ANEXE
12. DIFUZARE



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 3/14

1. SCOP

1.1. Descrie modul de abordare terapeutică a pacienților cu demență.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Se aplică în cadrul compartimentului psihiatrie și cabinetului psihiatrie din *Spitalul Clinic Căi Ferate Iași*.

3. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

3.1. Definiții:

Demență = o afecțiune datorată unei boli a creierului, de obicei cronică sau progresivă, caracterizată prin tulburări cognitive multiple, ce includ scăderea memoriei, fără afectarea conștienței. Funcțiile afectate sunt inteligența, limbajul, rezolvarea problemelor, memoria, învățarea, orientarea, percepția, atenția, judecata, concentrarea, controlul emoțional, motivația și abilitățile sociale, ce reprezintă o schimbare semnificativă față de situația inițială și interferează cu funcționarea.

Codul bolii :

- F00 Demență în boala Alzheimer
- F01 Demență vasculară
- F02 Demență în alte boli
- F03 Demență nespecificată

3.2. Abrevieri:

- 3.2.1. Ed. = Ediție
- 3.2.2. Rev. = Revizie
- 3.2.3. BA = Boala Alzheimer
- 3.2.4. FOCG = Foaie de observație clinică generală

4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ/ BIBLIOGRAFIE

- 4.1. SR CEN/TS 15224:2017 - "Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2015"
- 4.2. SR EN ISO 9000:2015 – „Sisteme de Management al Calității. Principii esențiale și vocabular.”
- 4.3. SR EN ISO 9001:2015 – „Sisteme de management al calității. Cerințe.”
- 4.4. Ordinul nr. 446/2017 privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor.
- 4.5. Ordinul nr. 600/2018 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice
- 4.6. Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- 4.7. ICD – 10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic.
- 4.8. Manual de buzunar Kaplan & Sadock – Psihiatrie clinica, ed. 3.
- 4.9. DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale.
- 4.10. Ghid de diagnostic și tratament în demențe, MS, 2010
- 4.11. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, ED 13, 2018
- 4.12. FUNDAMENTALS OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY by British Association of Psychopharmacology, 2016



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 4/14

4.13. Protocoale terapeutice aprobate prin ordinul MS/CNAS nr 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare

4.14. Alzheimer's Association 2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures.

4.15. N. P. Vasavan Nair. What is New in Alzheimer's Disease, Douglas Institute 2016

4.16. Stahl, S.M., Grady M.M. Stahl's Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide. 6th ed. Cambridge, UK; 2017

4.17. Manual practic de elaborare și implementare a protocoalelor medicale pentru furnizorii serviciilor de îngrijire, ediția I, 2018- elaborat CREST în parteneriat cu ANMCS.

5. DESCRIERE PROTOCOL

5.1 Etiologie

Multifactorială; factori de risc - Vârstă, Istoric familial (forma precoce), Sex feminin, Factori de mediu, Traumatisme cranio-cerebrale, Niveluri crescute ale colesterolului, Stimulare intelectuală modestă (use it or lose it), Ipoteza rezervei sinaptice.

Epidemiologie

Prevalența crește cu vârsta: 10% la pacienții cu vârsta peste 65 de ani; 25% la pacienții peste 85 de ani • demența din boala Alzheimer cuprinde > 50% din cazurile cu demență, în timp ce cauzele vasculare sunt responsabile de aproximativ 15% din cazuri

- 10% din cazurile de demență sunt potențial curabile.

5.2. Factori de risc: clase de risc/score-uri de risc - nu se aplică

- screening - nu se aplică

5.3 Anamneza

- Evaluarea psihiatrică (interviul psihiatric) - evaluare funcții psihice
- Identificarea simptomelor centrale specifice diagnosticului
- Identificarea simptomelor aparținând tulburărilor comorbide/afecțiuni somatice
- Antecedentele personale patologice, fiziologice, eredo-colaterale și medico-legale
- Condiții de viață și de muncă

5.4 Tablou clinic-examen obiectiv

Criterii ICD 10 de diagnostic:

- declinul memoriei este cel mai evident pentru informații noi sau recente și poate fi verificat prin obținerea unor date anamnestice de la aparținători și, dacă este posibil, prin teste psihologice. Gradul sever de pierdere a memoriei se manifestă prin incapacitatea de a reține informații, din informațiile vechi rămân numai fragmente, în final pacientul nu-și mai recunoaște rudele apropiate;
- deteriorarea capacității de judecată și raționament, ca și de procesare a informației se stabilește față de cel mai înalt nivel anterior de performanță;
- conștientizarea ambianței se menține o perioadă suficient de lungă pentru a permite evidențierea fără echivoc a simptomelor anterioare. Prezența episoadelor de delirium amână diagnosticul de demență;



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 5/14

- declin în controlul emoțional și al motivației, schimbarea comportamentului social caracterizată prin apatie, labilitate emoțională, iritabilitate;
- pentru un diagnostic clinic de certitudine este necesară prezența primelor două grupe de simptome pentru cel puțin 6 luni.

5.5 Investigații clinice și paraclinice

- biologice:

La aprecierea medicului curant și în funcție de posibilitățile laboratorului la momentul respectiv: hemoleucogramă, glicemie, probe hepatice, colesterol, uree, creatinină, clearance creatinină, ionogramă, sumar urină, HIV, RBW

- funcționale:

La aprecierea medicului curant și în funcție de posibilitățile de la momentul respectiv: EEG, CT/RMN, examen neurologic, examen endocrinologic.

- Psihologice:

La recomandarea medicului curant - Interviu psihologic structurat(inițial, de etapă, final)- MMSE sau alte teste ce pot evidenția deteriorarea cognitivă

5.6. Diagnostic pozitiv conform ICD 10

Criterii ICD-10 (diagnostic):

- dovada declinului memoriei și gândirii cu afectarea activităților personale;
- deteriorarea memoriei: înregistrarea, stocarea și redarea de noi informații, precum și pierderea activităților bine cunoscute sau învățate anterior (mai ales în stadiile avansate);
- este mai mult decât o dismnezie, fiind însoțită de deteriorarea gândirii, raționării și reducerea fluxului ideativ;
- hipoprosexie spontană și voluntară;
- câmpul conștiinței păstrat;
- durata de cel puțin 6 luni.

Diagnosticul pozitiv va fi susținut și de testele psihologice și investigațiile paraclinice, în funcție de particularitatea fiecărui caz.

5.7 Diagnostic diferențial – conform ICD10

- vizează tulburări organice care pot avea o simptomatologie asemănătoare
- toate tulburările psihice care pot asocia simptome de tip sindrom demență
- între diferitele forme clinice ale demenței

5.8 Complicații

Complicații, măsuri de urgență (trimitere către protocoalele pentru urgență, managementul afecțiunii critice) ALGORITMI urgență intraspitalicească - tip "acute care pathway"

- Complicații somatice - reacții adverse la medicație, complicații ale afecțiunilor somatice coexistente tulburării psihice.



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 6/14

- Complicații psihiatrice - urgențe psihiatrice: agitație psihomotorie, auto sau heteroagresivitate, episoade psihotice, confuzionale, dromomanie.
- Criteriile de spitalizare, criterii de transfer în terapie intensivă sau în alt spital de rang superior;
 - Spitalizare în regim continuu/zi în vederea stabilirii diagnosticului și a conduitei terapeutice și a reevaluării periodice stabilite de medicul curant sau atunci când situația clinică o impune
 - Criterii de internare: intensitatea simptomatologiei specifice interferează cu funcționarea, asocierea comportamentului auto sau heteroagresiv, asocierea altor simptome caracteristice pentru tulburări comorbide.

5.9 Tratament

Igieno-dietetic

- Regim igienico-dietetic adecvat vârstei și patologiei somatice asociate. Evitarea consumului de alimente cu potențial excitant (băuturi energizante, cafea, ciocolată); se interzice consumul de substanțe psihoactive și alcool.
- Hidratare corespunzătoare,
- Igiena somnului.

Etiologic - nu este cazul

Patogenetic - nu este cazul

Simptomatic

- Tratament non-farmacologic, consilierea familiei și a pacientului, când este cazul.

Măsurile psihoeducaționale - psihoeducația tulburării și a măsurilor de intervenție terapeutică. Programul psihoterapeutic individualizat, când este cazul, este un proces complex, de lungă durată care se va recomanda la externare.

- Tratament farmacologic În cazul existenței unor tulburări comorbide se va asocia tratament specific pentru acestea conform protocolului de diagnostic și tratament al tulburării comorbide. Tratamentul se stabilește de către medicul curant în funcție de particularitățile fiecărui caz. Unele molecule utilizate sunt administrate off-label, neavând indicații aprobate pentru respectiva patologie sau categorie de vârstă. Administrarea acestora se bazează pe experiența clinică ce relevă o ameliorare clară a simptomatologiei și o balanță risc/beneficiu în avantajul pacientului precum și pe date din literatura de specialitate. Administrarea medicației off label se face după informarea și cu acordul pacientului sau a reprezentantului legal, după caz.

Terapia medicamentoasă a simptomelor cognitive

5.9.1 Boala Alzheimer

Tratamentul specific al dementei din BA trebuie inițiat odată cu diagnosticarea cazului. Acesta se va stabili în funcție de stadiul evolutiv al bolii:

- a) Dementa din boala BA – forme ușoare (scor MMSE 20-26):
 - **Inhibitorii de colinesteraze** reprezintă medicația de primă alegere – unul dintre următorii:
 - **Donepezil** – doză zilnică 5-10 mg
 - **Rivastigmină** – doză zilnică 6-12 mg
 - **Galantamină** – doză zilnică 16-24 mg

În stadiile incipiente în care inhibitorul de colinesterază nu este tolerat sau este contraindicat poate fi recomandată memantina. (Maudsley)



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 7/14

Efecte adverse frecvente pentru inhibitorii de colinesteraze: greață, vomă, amețeli, insomnie, diaree (din cauza excesului de stimulare colinergică) sau incontinența urinară care apar mai frecvent la începutul tratamentului sau când cresc dozele; sunt legate de doza și sunt trecătoare. (Maudsley)

b) Dementa din boala BA – forme moderate (scor MMSE 11-19) – sunt indicați inhibitorii de colinesteraze, asociați sau nu cu memantină (vezi mai jos) sau, ca alternativă, memantină în monoterapie.

- Pentru pacienții care evoluează de la forma ușoară la cea moderată (scor MMSE 14-20) se poate adăuga memantina (doză zilnică 10-20 mg) la tratamentul cu inhibitori de acetil colinesterază, mai ales atunci când boala are o evoluție rapid progresivă. Memantina poate fi folosită în această situație și în monoterapie, ca alternativă la terapia de combinație.

- Formele moderat/severe de BA (scor MMSE 10-14) ar trebui tratate cu o combinație de inhibitor de acetilcolinesterază și memantina (doză zilnică 10-20 mg).

c) Dementa din BA – forme grave (scor MMSE 3-10):

- **Memantina** reprezintă medicația de primă alegere (doză zilnică 10-20 mg).

- **Donepezilul** reprezintă medicația de a doua alegere, în caz de intoleranță sau lipsă de răspuns la memantină.

Terapia combinată cu memantină și inhibitor de colinesteraze este recomandată în cazul în care răspunsul clinic la memantină nu este satisfăcător.

RECOMANDARI GENERALE:

Inhibitorii de colinesteraze se utilizează ca terapie pe termen lung. Se recomandă continuarea tratamentului în stadiile severe de demență doar dacă medicul specialist, în colaborare cu medicul de familie și cu familia, observă menținerea unui beneficiu. Când pacienții în stadii terminale de demență și-au pierdut funcționalitatea aproape total și nu mai prezintă nici o îmbunătățire funcțională sau cognitivă în urma tratamentului, medicul specialist poate decide oprirea tratamentului.

- Trebuie evitate întreruperile terapiei; tratamentul pentru demență trebuie continuat în timpul unor boli acute sau în timpul unor spitalizări. Dacă este absolut necesară întreruperea tratamentului se recomandă reînceperea lui în cel mai scurt timp. Deși medicamentele pentru demență sunt în general bine tolerate de pacienții cu comorbiditate somatică, se vor face modificările necesare la pacienții cu boli hepatice sau renale.

- În caz de apariție a efectelor adverse sau de lipsă de răspuns la terapie se poate opta pentru înlocuirea unui preparat cu altul din aceeași clasă

- Pacienții diagnosticați recent trebuie evaluați după 2 luni pentru a se determina tolerabilitatea și apoi monitorizați la cel puțin 6 luni. Evaluările ulterioare sunt necesare pentru a monitoriza efectele cognitive, funcționale și comportamentale (incluzând stabilizarea sau încetinirea evoluției), eventualele efecte adverse sau comorbidități somatice, psihice, neurologice.

- Dementa din BA – alte medicamente:

- **Cerebrolysin** – conform protocoalelor terapeutice, poate fi utilizat în toate formele de boală, în monoterapie dacă medicația de primă și a doua alegere nu poate fi utilizată din cauza efectelor adverse sau în asociere dacă nu se obține un răspuns clinic satisfăcător cu medicația de primă sau a doua alegere.

- **Extractul standardizat de Ginkgo biloba** Egb761 – poate fi utilizat în formele ușoare de boală, dacă s-au încercat diferiți inhibitori de colinesterază fără răspuns clinic satisfăcător, ca medicație de a doua alegere și în formele medii de boală, ca medicație de a treia alegere.

- **Nicergolina** – poate fi utilizată ca medicație asociată, în doza de 60 mg/zi, în formele ușoare și moderate ale demențelor din BA

- **Tratamentul factorilor de risc** – tratamentul factorilor de risc vasculari la pacienții cu BA asociată sau nu cu boală cerebro-vasculară (antiagregant, antihipertensive, statine, etc.).



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 8/14

5.9.2 Demențele vasculare

Pentru demența vasculară există următoarele recomandări de tratament:

5.9.2.1. Se recomandă tratamentul de **prevenție secundară** a accidentelor vasculare cerebrale de toate tipurile, pentru a limita deteriorarea cognitivă în continuare a acestor pacienți (antiagregante, statine, antihipertensive, etc.).

5.9.2.2. Formele ușoare (scor MMSE 20-26 - Inhibitorii de colinesteraze - reprezintă medicația de primă alegere – unul dintre următorii:

Donepezil – doză zilnică 5-10 mg

Rivastigmină – doză zilnică 6-12 mg

Galantamină – doză zilnică 16-24 mg

În stadiile incipiente în care inhibitorul de colinesterază nu este tolerat sau este contraindicat poate fi recomandată memantina.

Donepezilul beneficiază de cele mai multe studii, pentru demența vasculară ușoară sau moderată

5.9.2.3. Forme moderate (scor MMSE 11-19)

Inhibitorii de colinesteraze - unul dintre următorii:

Donepezil – doză zilnică 5-10 mg

Rivastigmină – doză zilnică 6-12 mg

Galantamină – doză zilnică 16-24 mg

Donepezilul beneficiază de cele mai multe studii, pentru demența vasculară ușoară sau moderată

5.9.2.4. Formele severe (scor MMSE sub 10).

Inhibitorii de colinesteraze - unul dintre următorii:

Donepezil – doză zilnică 5-10 mg

Rivastigmină – doză zilnică 6-12 mg

Galantamină – doză zilnică 16-24 mg

Efecte adverse frecvente pentru inhibitorii de colinesteraze: greață, vomă, amețeli, insomnie, diaree (din cauza excesului de stimulare colinergică) sau incontinența urinară care apar mai frecvent la începutul tratamentului sau când cresc dozele; sunt legate de doză și sunt trecătoare.

Memantina (10-20 mg doză zilnică): medicație de a doua alegere în demențele vasculare, asociată tratamentului de prevenție secundară. Memantina ameliorează tulburarea cognitivă și tulburarea de comportament în cazul pacienților cu demență vasculară.

Pentru demența din **BA asociată cu boală cerebrovasculară** se recomandă folosirea galantaminei (16-24 mg doză zilnică)

RECOMANDĂRI GENERALE:

Inhibitorii de colinesteraze se utilizează ca terapie pe termen lung. Se recomandă continuarea tratamentului în stadiile severe de demență doar dacă medicul specialist, în colaborare cu medicul de familie și cu familia, observă menținerea unui beneficiu. Când pacienții în stadii terminale de demență și-au pierdut funcționalitatea aproape total și nu mai prezintă nici o îmbunătățire funcțională sau cognitivă în urma tratamentului, medicul specialist poate decide oprirea tratamentului.

- Trebuie evitate întreruperile terapiei; tratamentul pentru demență trebuie continuat în timpul unor boli acute sau în timpul unor spitalizări. Dacă este absolut necesară întreruperea tratamentului se recomandă reînceperea lui în cel mai scurt timp. Deși medicamentele pentru demență sunt în general bine tolerate de pacienții cu comorbiditate somatică, se vor face modificările necesare la pacienții cu boli hepatice sau renale.

- În caz de apariție a efectelor adverse sau de lipsă de răspuns la terapie se poate opta pentru înlocuirea unui preparat cu altul din aceeași clasă

- Pacienții diagnosticați recent trebuie evaluați după 2 luni pentru a se determina tolerabilitatea și apoi monitorizați la cel puțin 6 luni. Evaluările ulterioare sunt necesare pentru a monitoriza efectele



cognitive, funcționale și comportamentale (incluzând stabilizarea sau încetinirea evoluției), eventualele efecte adverse sau comorbidități somatice, psihice, neurologice.

- **Cerebrolysin** – conform protocoalelor terapeutice, poate fi utilizat în toate formele de boală, în monoterapie dacă medicația de primă și a doua alegere nu poate fi utilizată din cauza efectelor adverse sau în asociere dacă nu se obține un răspuns clinic satisfăcător cu medicația de primă sau a doua alegere.
- **Extractul standardizat de Ginkgo biloba Egb761** – poate fi utilizat în formele ușoare de boală, dacă s-au încercat diferiți inhibitori de colinesterază fără răspuns clinic satisfăcător, ca medicație de a doua alegere și în formele medii de boală, ca medicație de a treia alegere.
- **Nicergolina** – poate fi utilizată ca medicație asociată, în doză de 60 mg/zi, în formele ușoare și moderate ale dementelor.

5.9.3 Alfa-sinucleinopatiile (demența cu corpi Lewy și demența asociată bolii Parkinson)

- a) **Rivastigmina** (doză zilnică de 6-12 mg) este medicația de primă alegere (poate ameliora și halucinațiile).
- b) **Donepezilul** (doză zilnică de 5-10 mg) poate fi recomandat ca medicație de a doua alegere, atunci când rivastigmina nu este eficientă sau produce efecte adverse.

5.9.4 Demența fronto-temporală

Pentru demența fronto-temporală există următoarele recomandări:

- a) Inhibitorii de colinesteraze **nu și-au dovedit eficiența** în demența fronto-temporală. Pot cauza agitație.
- b) Antidepresivele, în special **inhibitorii de recaptare a serotoninei**, pot fi recomandați în demența fronto-temporală, având uneori efect de ameliorare a tulburărilor de comportament.

5.9.5 Demente de alte etiologii

În funcție de etiologie, se recomandă terapie specifică (spre exemplu compensarea funcției tiroidiene în hipotiroidii, administrarea de vitamină B12 în deficitul de vitamină B12, tratament chelator de cupru în boala Wilson, tratament antibiotic în sifilis, etc.).

Terapia medicamentoasă a simptomelor non-cognitive

- Tratamentul medicamentos al tulburărilor non-cognitive se recomandă numai în situațiile în care abordările non-farmacologice nu sunt posibile sau nu au fost eficiente.
- Pentru persoanele cu BA în orice etapă evolutivă: ușoară, moderată sau severă care prezintă simptomatologie non-cognitivă și comportamentală majoră sau cu un potențial de pericolozitate crescut, o recomandare importantă este aceea de administrare a unui inhibitor de acetilcolinesterază, mai ales dacă abordările non-farmacologice nu au fost posibile sau au fost ineficiente.
- De asemenea trebuie identificați și corecți eventualii factori precipitanți (durere, fenomene de sevraj, suferințe medicale și neurologice nediate diagnosticate, akatisie post tratament cu antipsihotice, factori nefavorabili din mediu, etc).
- Alegerea medicației psihotrope, mai ales a celei antipsihotice trebuie făcută în urma unei analize individuale, cu consultarea familiei sau a îngrijitorilor privind posibilele beneficii sau riscuri ale tratamentului.
- Tratamentul trebuie să fie limitat, revizuit regulat, îndreptat asupra unor simptome țintă care trebuie identificate, evaluate și cuantificate, după ce în prealabil s-au identificat și corectat factorii precipitanți urmat, iar schimbările trebuie evaluate la intervale regulate.
- Tulburările comportamentale, inclusiv manifestările de tip **delirium** sau cele **psihotice** impun o evaluare strictă a manifestărilor somatice (suferințe cardiovasculare și neurologice, diabet, probleme



infecțioase și de tranzit intestinal, deficite vitaminice sau minerale, probleme hepato-renale), fiind uneori necesară o reechilibrare hidroelectrolitică și hemodinamică.

- Pentru agitație:

- a. medicație de primă alegere – trazodona
- b. medicație de a doua alegere - antiepilepticele ca valproatul sau carbamazepina,
- c. Benzodiazepinele recomandate sunt lorazepam sau oxazepam. De evitat Diazepamul, mai ales dacă este folosit în mod cronic, putând produce dezinhibiție sau stări confuzionale, cu accentuarea stării de agitație. El se poate totuși folosi în stările de agitație acută,
- d. Buspirona - poate fi eficient mai ales în stările de agitație cu anxietate.
- e. Propranololul poate fi util la unii pacienți cu comportament agresiv.,
- f. Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei pot de asemenea ameliora agitația.

- În cazul simptomelor psihotice (de exemplu halucinații, idei delirante, etc) se recomandă administrarea de antipsihotice, începând cu doză mică, care se crește treptat la nevoie. Sunt recomandate antipsihoticele atipice, și numai ocazional cele convenționale:

- g. Risperidona (doză zilnică 0,5-2 mg) este medicația de primă alegere.
- h. Quetiapină, ziprasidon, olanzapina și clozapină pot fi recomandate ca medicație de a doua alegere, în anumite cazuri, luându-se în considerare posibilele efecte adverse specifice fiecărui preparat.
- i. Haloperidolul poate fi recomandat ca medicație de a doua alegere, doar în cazul în care neurolepticele atipice nu au fost eficiente sau nu sunt disponibile.
- j. Ocazional fenomenele psihotice pot fi ameliorate de inhibitori aselectivi ai recaptării serotoninei (SSRI)
- k. Pentru simptomelor psihotice asociate α -sinucleinopatiilor se pot recomanda clozapină sau quetiapină, luându-se în considerare posibilele efecte adverse specifice fiecărui preparat

- Comportamentul violent ar trebui controlat fără prescrierea unor doze mari sau a unor combinații de medicamente. Se recomandă utilizarea celei mai mici doze care se dovedește eficientă.

- Terapia cu antipsihotice convenționale este dezavuată datorită riscului înalt de creștere a mortalității, singurele substanțe antipsihotice susținute de evidențe pentru o toleranță satisfăcătoare fiind **risperidona** (1-2 mg/zi), **olanzapina** (2,5-5 mg/zi), **aripiprazol** (2,5-10 g/zi) și **quetiapină** (25-100 mg/zi). Efectele adverse cunoscute pentru substanțele antipsihotice sunt mai ample la pacienții vârstnici, cu sau fără demență, fiind necesară monitorizare strictă și limitarea duratei terapiei la maximum 45-90 zile.

- Conform protocoalelor terapeutice doar Risperidona are indicație în tratamentul demențelor forme moderate sau severe pe durată scurtă, maxim 6 săptămâni, pentru agresiune persistentă cu risc de autovătămare sau în cazul deliriumului suprapus.

- Pentru terapia tulburărilor **depressive** sunt recomandate în prima linie escitalopramul, sertralina, și trazodona (la jumătate din dozele pentru adulți), iar în linia a doua mirtazapina . Existența hiperintensităților subcorticale sau a imaginilor lacunare se corelează cu un răspuns terapeutic slab la antidepresive ca și posibilitatea apariției confuziei

- Apatia, de tratat numai atunci când este deosebit de severă. Problematică de tratat cu psihostimulante. Unele antidepresive tip SSRI (fluoxetină) pot avea efecte activatoare; de asemenea inhibitorii de acetilcolinesterază pot ameliora apatia.

- Insomnia pacienților cu demență poate fi rezolvată cu medicație antidepresivă sedativă, și în primul rând trazodonă, ca și cu hipnotice sedative non-benzodiazepinice zolpidem sau zopiclon. Acestea trebuie asociate măsurilor de igienă a somnului cu scopul reducerii dozelor și a folosirii pe timp limitat a medicației.



- Comportament sexual agresiv, de obicei la bărbați se pot recomanda agenți estrogenici (medroxiprogesteron). În practica ISRS și risperidone pot reduce libido-ul și cauza disfuncție sexuală. Mirtazapina și benzodiazepinele pot cauza hipersexualitate
- În toate ghidurile terapeutice acreditate, inclusiv NICE 2013, se evidențiază faptul că tulburările noncognitive de tip comportamental (manifestări psihotice, depresie, apatie) sunt ameliorate de medicația specifică antidemențială (donepezil, rivastigmină, galantamină, memantină).
- Utilizarea benzodiazepinelor este limitată deoarece pot precipita deteriorarea cogniției (demența benzodiazepinică), cu durată sub 72 ore.

Când se recomandă spitalizarea în secția de psihiatrie:

- în cazul tulburărilor de comportament cu risc de auto și heteroagresivitate (de exemplu să plece noaptea de acasă)
- simptome psihotice cu risc de auto și heteroagresivitate (de exemplu refuzul de a mânca sau de a fi îngrijit, agresivitatea)
- imposibilitatea de a se autoîngriji dacă nu există un aparținător

5.9 Evoluție:

- Când se recomandă spitalizarea în secția de psihiatrie:

- în cazul tulburărilor de comportament cu risc de auto și heteroagresivitate (de exemplu să plece noaptea de acasă)
- simptome psihotice cu risc de auto și heteroagresivitate (de exemplu refuzul de a mânca sau de a fi îngrijit, agresivitatea)
- imposibilitatea de a se autoîngriji dacă nu există un aparținător.
- Pe parcursul internării, monitorizarea se va face prin examen clinic și psihiatric periodic. Se va monitoriza evoluția simptomatologiei specifice și răspunsul la tratament, inclusiv prezența eventualelor efecte adverse.
- **Criterii de externare:**
 - Finalizarea investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a intervenției terapeutice.
 - Ameliorarea simptomatologiei specifice și a celei asociate
- **Monitorizarea după externare:**
 - Dispensarizare periodică prin cabinet psihiatrie, precum și la nivelul medicului de familie - monitorizare lunară sau la nevoie.

6. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE

Resurse umane, competente necesare

- Competențele sunt în conformitate cu fișa postului
- Medic specialist/ primar psihiatrie
- Medic din alte specialități
- Psiholog clinician, Asistent medical, Asistent social dacă este cazul, Registrator medical, Infirmier, Îngrijitor.

Resurse materiale, echipamente medicale

- Teste psihologice specifice
- Tensiometru, glucometru, stetoscop, termometru, cântar
- Accesul la investigațiile de laborator și imagistice: Laborator analize, Aparat EEG, EKG, radiografie și CT/RMN
- Medicația necesară,



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 12/14

- Materiale sanitare.

7. CONDIȚII DE ABATERE

- Lipsa accesului la investigații din diferite motive (psihologice, de laborator, imagistice)
- Inexistența în farmacia spitalului a medicației necesare
- Alergii medicamentoase ale pacientului la tratamentul propus
- Reglementări juridice nu este cazul
- Nivel de competență, grade academice universitare-medic specialist/primar psihiatru, studii clinice derulate în spital aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol
- Responsabilitate legală: în caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului.

8. INDICATORI DE MONITORIZARE

<i>Indicator</i>	<i>Valoare țintă</i>	<i>Metoda de calcul</i>	<i>Perioada de monitorizare</i>	<i>Responsabil</i>
Ponderea documentelor de actualitate care au stat la baza elaborării protocolului în perioada analizată.	100%	Nr. documente de referință de actualitate / Nr. total documente de referință	Semestrial	Șef Secție
Ponderea angajaților instruiți cu cerințele protocolului din totalul angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor protocolului.	100%	Nr. personal instruit cu cerințele protocolului / Nr. angajaților cu atribuții în aplicarea cerințelor protocolului	Semestrial	Șef Secție
Prevalența din totalul cazurilor internate (nr. cazuri cu dg. principal Dementă internați pe secție) în perioada analizată.	Nedefinită	Număr pacienți cu demență internați în secție/Număr pacienți internați total secție %	Semestrial	Șef Secție
Ponderea indicelui de concordanță între dg. int și dg ext > 80 % din total FOCC cu diagnostic demență/semestru	>80 %	Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare.	Semestrial	Șef Secție
Ponderea asigurării resurselor tehnico-materiale /semestru	100 %	Nr. de resurse tehnico-materiale asigurate / nr. resurse tehnico-	Semestrial	Șef Secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 13/14

		materiale stabilite a fi necesare prin protocol.		
Rata de succes a tratamentului simptomatic din total pacienți cărora li s-a aplicat protocolul de demență (pacienți staționari/pacienți tratați)/semestru	Ținta ≥ 70 %	Număr cazuri care au reacționat la tratament / Număr total de cazuri. %	Semestrial	Șef Secție
Rata complicațiilor din total pacienți cu dg. principal demență/an	Ținta < 5 %	Număr cazuri care au prezentat complicații în timpul internării/ Număr total pacienți internați cu diagnosticul demență %	Semestrial	Șef Secție
Ponderea pacienților decedați cu diagnostic principal demență din total externări / semestru	$\leq$ Rata mortalității pe spital din ultimul an	Număr pacienți decedați în ultimele 6 luni cu diagnostic demență/ Număr total externări cu diagnostic demență %	Semestrial	Șef Secție
Ponderea cazurilor cu încadrare în costul mediu /diagnostic /semestru	≥ 90 %	Număr cazuri încadrate în limitele de abatere de ± 15 % față de costul mediu / Nr. total cazuri cu diagnostic demență %	Semestrial	Șef Secție
Ponderea cazurilor cu simptom declin cognitiv staționar în 9 zile de la internare din total cazuri cu diagnosticul demență externate /semestru	≥ 80 %	Număr cazuri cu indicatorul simptomatic declin cognitiv staționar după 9 zile de la internare din total cazuri cu diagnosticul demență externate %	Semestrial	Șef Secție
Ponderea EAAAM consemnate, datorate riscurilor clinice materializate la pacienții cu patologie cod demență din total EAAAM/semestru	$>1\%$ (pragul de 1% semnifică existența preocupării spitalului de a identifica și consemna	Nr. cazuri cu demență care au suferit un EAAAM consemnat în documentele medicale / total	Semestrial	Șef Secție



SPITALUL CLINIC
CĂI FERATE IAȘI

PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN DEMENTĂ

Cod:PR-PSH-01

Ed.:1

Rev.:0

Pag.: 14/14

	EAAAM) Riscuri clinice materializate și consemnate 100%	cazuri cu demență %		
--	---	------------------------	--	--

9. RESPONSABILITĂȚI

9.1. Managerul

9.1.1. Asigură cadrul legislativ și organizatoric pentru desfășurarea activităților descrise în prezentul protocol;

9.1.2. Aprobă/reaprobă prezentul protocol;

9.2. Director medical

Semnează pentru verificare protocolul

9.3. Elaborator protocol

Elaborează protocolul și îl supune spre verificare, avizare, aprobare.

9.4. Medic

9.4.1.1. verifică aplicarea protocolului la nivelul secției

9.5.2. Medic de gardă

9.5.2.1. elaborează raportul de gardă asupra pacienților internați și prezentați în gardă;

9.5.2.2. completează foaia de observație la pacienții internați, starea pacientului, recomandările de tratament;

9.5.2.3. atribuții conform fișei postului.

9.6. Asistent medical

9.6.1. Asigură asistența medicală în limita competențelor.

9.6.2. Consemnează în foaia de observație – evoluția, medicația administrată, manevrele diagnostice și terapeutice, parametri de monitorizare, rezultatele analizelor de laborator.

9.6.3. Verifică aparatura înaintea utilizării.

9.7 Psihologul clinician

Realizează examenul psihologic (evaluare, consiliere) și consemnează rezultatul în FOCG

10. EVIDENȚE ȘI ÎNREGISTRĂRI

- Registru de consultații
- FOCG
- Buletin de analize
- Rezultat EEG/ RMN/ CT

11. ANEXE

Nu este cazul.

12. DIFUZARE

Procedura se difuzează pe baza Listei de difuzare, cod PS 01/F3.

Înregistrările generate de această activitate se păstrează / arhivează conform cerințelor SMC/ SCIM implementat.