



Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

☒ Beneficiar / ☐ Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului¹: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

GHID DE MANAGEMENT SI TRATAMENT AL TULBURARILOR PSIHIATRICE LA PACIENTII CU BOLI CEREBROVASCULARE PENTRU MEDICII DE FAMILIE

Capitolul 1. Introducere

- 1.1. Obiective și arie de cuprindere
- 1.2. Noțiuni de neurologie și psihiatrie utilizate în acest ghid
- 1.3. Forme de prezentare a ghidului

Capitolul 2. Scopul ghidului

Capitolul 3. Metodologia realizării ghidului

- 3.1. Inițierea
 - 3.1.1. Documentarea și structura ghidului
- 3.2. Adaptarea
 - 3.2.1. Selecția subiectului
 - 3.2.2. Formularea întrebărilor la care răspunde ghidul
 - 3.2.3. Căutarea de ghiduri și altă documentație relevantă
 - 3.2.4. Analiza ghidurilor identificate
 - 3.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor
 - 3.2.5. Selecția ghidurilor și recomandărilor pentru a crea un ghid adaptat
 - 3.2.6. Elaborarea variantei preliminare a ghidului adaptat



3.3. Finalizarea

3.3.1. Feed-back-ul extern

3.3.2. Avizarea ghidurilor

3.3.3. Actualizarea

Capitolul 4. Structura ghidului

Capitolul 5. Evaluarea și diagnosticul bolilor cerebrovasculare

5.1. Accidentul vascular cerebral ischemic și atacul ischemic tranzitor vascular cerebral ischemic și atacul ischemic tranzitor

5.1.1. Introducere

5.1.2. Informarea și educarea publicului:

5.1.3. Managementul de urgență

5.1.4. Serviciile și unitățile de urgențe neurovasculare

5.1.5. Diagnosticul

5.1.6. Managementul factorilor de risc vascular

5.1.7. Prevenția secundară

5.1.8. Tratamentul general al avc

5.1.9. Tratamentul specific în avc

5.1.10. Prevenția și managementul complicațiilor

5.2. Accidentul vascular cerebral hemoragic

5.2.1. Definiție

5.2.2. Epidemiologie

5.2.3. Clasificare

5.2.4. Factori de risc

5.2.5. Cauze

5.2.6. Complicațiile precoce ale hemoragiei intracerebrale

5.2.7. Criterii de diagnostic clinic și paraclinic ale hemoragiei intracerebrale

5.2.8. Evaluarea inițială a pacientului cu hemoragie cerebrală

5.2.9. Imagistica în hemoragia intraparenchimatoasă

5.2.10. Tratamentul hemoragiei intracerebrale

5.2.11. Managementul general al pacientului cu hemoragie cerebrală în stadiul acut

5.2.12. Adresarea și transfer al pacienților

5.2.13. Tratamentul complicațiilor hemoragiei cerebrale

5.2.14. Tratamentul specific AVC hemoragic

5.2.15. Aspecte speciale în managementul hemoragiei cerebrale

5.3. Prevenția în bolile cerebrovasculare

Capitolul 6. Conduita terapeutică a patologiei psihiatrice secundară bolilor cerebrovasculare

6.1.Demența vasculară

- 6.1.1.Generalități
- 6.1.2.Date epidemiologice
- 6.1.3.Elemente neurobiologice și neurobiochimice
 - 6.1.3.1. Tulburări funcționale evidențiate neuroimagistic
 - 6.1.3.2. Vulnerabilitate genetică
 - 6.1.3.3. Factori de neurodezvoltare
 - 6.1.3.4. Factori neurobiologici
 - 6.1.3.5. Factori neurobiochimici
- 6.1.4. Elemente etiopatogenice
- 6.1.5. Aspecte clinice specifice
- 6.1.6. Diagnostic – Forme clinice
 - 6.1.6.1. Elemente de diagnostic pozitiv
 - 6.1.6.2. Probleme de diagnostic diferențial
- 6.1.7. Etape evolutive
- 6.1.8.Evoluție – Prognostic
- 6.1.9.Particularități clinico-terapeutice
- 6.1.10. Strategia terapeutică
 - 6.1.10.1. Terapie medicamentoasă
 - 6.1.10.2. Terapie psihologică
 - 6.1.10.3. Reabilitarea psihosocială

6.2. Demența vasculară cu debut acut

- 6.2.1.Generalități
- 6.2.2.Diagnostic pozitiv
- 6.2.3.Diagnostic diferențial
- 6.2.4.Aspecte clinice specifice
- 6.2.5.Forme clinice
- 6.2.6.Tratament
- 6.2.7.Evoluție – prognostic
- 6.2.8.Complicații
- 6.2.9.Prevenție secundară și terțiară

6.3.Demența vasculară prin infarcte multiple

- 6.3.1.Generalități
- 6.3.2.Diagnostic pozitiv
- 6.3.3.Diagnostic diferențial
- 6.3.4.Aspecte clinice specifice

- 6.3.5. Forme clinice
- 6.3.6. Tratament
- 6.3.7. Evoluție – prognostic
- 6.3.8. Complicații
- 6.3.9. Prevenție secundară și terțiară

6.4. Demența vasculară subcorticală

- 6.4.1. Generalități
- 6.4.2. Diagnostic pozitiv
- 6.4.3. Diagnostic diferențial
- 6.4.4. Aspecte clinice specifice
- 6.4.5. Forme clinice
- 6.4.6. Tratament
- 6.4.7. Evoluție – prognostic
- 6.4.8. Complicații
- 6.4.9. Prevenție secundară și terțiară

6.5. Demența vasculară mixtă, corticală și subcorticală

- 6.5.1. Generalități
- 6.5.2. Diagnostic pozitiv
- 6.5.3. Diagnostic diferențial
- 6.5.4. Aspecte clinice specifice
- 6.5.5. Forme clinice
- 6.5.6. Tratament
- 6.5.7. Evoluție – prognostic
- 6.5.8. Complicații
- 6.5.9. Prevenție secundară și terțiară

6.6. Sindromul amnezic organic

- 6.6.1. Generalități
- 6.6.2. Diagnostic pozitiv
- 6.6.3. Diagnostic diferențial
- 6.6.4. Aspecte clinice specifice
- 6.6.5. Forme clinice
- 6.6.6. Tratament
- 6.6.7. Evoluție – prognostic
- 6.6.8. Complicații
- 6.6.9. Prevenție secundară și terțiară

6.7. Halucinoza organică

- 6.7.1. Generalități
- 6.7.2. Diagnostic pozitiv

- 6.7.3.Diagnostic diferențial
- 6.7.4.Aspecte clinice specifice
- 6.7.5.Forme clinice
- 6.7.6.Tratament
- 6.7.7.Evoluție – prognostic
- 6.7.8.Complicații
- 6.7.9.Prevenție secundară și terțiară

6.8. Tulburare delirantă organică

- 6.8.1.Generalități
- 6.8.2.Aspecte clinice specifice
- 6.8.3.Tratament
- 6.8.4.Evoluție – prognostic
- 6.8.5.Complicatii
- 6.8.6.Prevenție secundară și terțiară

6.9. Tulburări ale dispoziției [afective] organice

- 6.9.1.Generalități
- 6.9.2.Diagnostic pozitiv
- 6.9.3.Aspecte clinice specifice
- 6.9.4.Forme clinice
- 6.9.5.Tratament
- 6.9.6.Evoluție – prognostic
- 6.9.7.Prevenție terțiară

6.10. Tulburări anxioase organice

- 6.10.1.Generalități
- 6.10.2.Diagnostic pozitiv
- 6.10.3.Aspecte clinice specifice
- 6.10.4.Tratament
- 6.10.5.Complicații
- 6.10.6.Prevenție terțiară
- 6.11.9.Prevenție secundară și terțiară

6.11. Tulburări cognitive ușoare

- 6.11.1.Generalități
- 6.11.2.Diagnostic pozitiv
- 6.11.3.Aspecte clinice specifice
- 6.11.4.Forme clinice
- 6.11.5.Tratament
- 6.11.6.Evoluție – prognostic

6.12. Psihosindromul organic cerebral

- 6.12.1.Generalități
- 6.12.2.Diagnostic pozitiv
- 6.12.3.Diagnostic diferential
- 6.12.4.Aspecte clinice specifice
- 6.12.5.Forme clinice
- 6.12.6.Tratament
- 6.12.7.Evoluție – prognostic
- 6.12.8.Complicații

Bibliografie

Listă de abrevieri

ADAPTE	Metodologie <i>The ADAPTE Collaboration</i>
POCU	Programul Operațional Capital Uman
PGEAC	The Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
Sistemul GRADE	Sistem de evaluare a puterii recomandărilor
AVC	Accidentul vascular cerebral
AIT	Accident ischemic tranzitoriu
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
CT	Computer tomograf
Secvențele T1	Secvență spin-lattice (la RMN)
LCR	Lichid cefalorahidian
Secvențele T2	Secvențe spin-spin
Secvența FLAIR	Recuperarea inversiunii fluidului cu atenuare scăzută (Fluid low attenuation inversion recovery)
IRM	Imagistică prin rezonanță magnetică
EKG	Electrocardiogramă
FiA	Fibrilație atrială
INR	(International normalized ratio) Raportul normalizat internațional
iAVC	(Intra-Aneurysmal Vascular Channel) Canalul vascular intra-anevrismal
rt-PA	(Tissue plasminogen activator) Activator de plasminogen tisular
NINDS	(National Institute of Neurological Disorders and Stroke) Institutul Național al Tulburărilor Neurologice și al AVC-ului
HDL	(High-density lipoprotein) Lipoproteine cu densitate mare
LDL	(Low-density lipoprotein) Lipoproteine cu densitate mică
TAS	Tensiune arterială sistolică
HTA	Hipertensiune arterială

TAD	Tensiune arterială diastolică
NNT	Number Needed to Treat
VAC	(Vacuum-Assisted Closure) Închidere asistată de vid
IECA	Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei
ARB	Blocanți ai receptorilor de angiotensină
IM	Infarct miocardic
DZ	Diabet Zaharat
UKPDS	UK Prospective Diabetes Study (Studiu prospectiv asupra Diabetului din UK)
TA	Tensiune arterială
SRAA	Sistemul renină - angiotensină ~ aldosteron
IECA	Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei
AAS	Acid acetilsalicilic
HTRA1	HtrA Serine Peptidase 1
NOTCH3.	Notch Receptor 3
LSD	Lysergic acid diethylamide (Dietilamida acidului lisergic)
PCP	Phenylcyclohexyl piperidine (Fenilciclohexil piperidină)
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-th edition. Manualul de diagnosticare și statistică al tulburărilor mintale ediția a IV-a
TCC)	Terapia cognitiv comportamentală
TIP	Terapia interpersonală
PBL	Terapia prin rezolvarea problemelor
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
SARS-COV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (Sindromul respirator acut sever coronavirus 2)
virusuri ARN	Virusuri cu acid ribonucleic
ARS	Sindroamelor respiratorii acute
SARS	Severe acute respiratory syndrome
MERS	(Middle East Respiratory Syndrome) Sindromul respirator din Orientul Mijlociu
SNC	Sistem nervos central
ACE2	Enzima de conversie a angiotensinei
PTSD	Post traumatic stress disorder. Sindromul de stres post-traumatic
SDMT	Testul de modalități ale cifrelor simbolice

Echipa de elaborare și evaluare a ghidului:

Grupul de Coordonare al Elaborării Ghidului

Coordonator echipe de redactare a ghidurilor clinice
Prof. univ. dr. Totolici Bogdan

Manager Proiect
Dr. Onel Mircea

Membrii Comisiei de elaborare al ghidului

Președinte

Sef lucrari dr Maris Mariana – medic primar psihiatru

Membrii

Șef lucrări dr. Piros Elisaveta Ligia– medic primar psihiatru

Șef lucrări dr. Hreniuc Catalin – medic primar neurolog

Secretar

Sirbut Adriana

Consultanța grupului de dezvoltare al ghidului :

1. Dr. Turlea Raluca – medic specialist cardiolog
2. Psiholog Negrea Simona – psiholog principal
3. Dr. Cetean Eliza – medic specialist neurolog
4. Zeleneac Florina – asistent social

Comisia de Evaluare

Membrii externi ai grupului de evaluare:

1. Conf.univ.dr. Precup Cris – medic specialist psihiatru, medic primar medicină legală
2. Stoia Diana Alexandra - medic specialist psihiatru
3. Asist.univ.drd. Pantea Claudiu Gheorghe – medic primar medicină de familie
4. Șef lucrări dr. Oancea Alexandru – medic specialist medicină de familie
5. Asist.univ.dr. Cetean Eliza – medic specialist neurolog
6. Șef lucrări dr. Șerpe Mircea – medic primar neurology

GHID DE MANAGEMENT ȘI TRATAMENT AL TULBURĂRILOR PSIHIATRICE LA PACIENȚII CU BOLI CEREBROVASCULARE PENTRU MEDICII DE FAMILIE

Capitolul 1. Introducere

Ghidul clinic intitulat „Ghid de management și tratament al tulburărilor psihiatrice la pacienții cu boli cerebrovasculare pentru medicii de familie” a fost elaborat cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacienților psihiatrici, mai ales în rândul medicilor de familie.

Acest ghid face parte dintr-un proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020 - Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea competențelor profesioniștilor din sectorul medical- POCU/9.4/8/109601- beneficiar Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad.

Acesta prezintă recomandări de practică optimă medicală clinică bazate pe dovezi publicate în diverse studii, cu scopul de a fi luate în considerare de către medicii de familie, dar și medici de alte specialități, precum și de către personalul auxiliar din cadrul sistemului de sănătate.

Deși acest ghid reprezintă recomandări pentru o practică medicală optimă bazată pe studii de actualitate, acesta nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului de la caz la caz. Decizia medicală reprezintă un proces complex care trebuie să considere ansamblul circumstanțelor individuale, decizia pacientului precum și resursele, și limitările instituțiilor de practică medicală. Este de așteptat ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul de a obține un diagnostic, conturării unui plan terapeutic, sau al efectuării unei proceduri clinice specifice să utilizeze propriul raționament medical în funcție de contextul cazului individual, pentru a decide orice metodă de tratament al pacientului în funcție de particularitățile acestuia, opțiunile diagnostice și curative disponibile, cu acordul informat în prealabil al pacientului sau al reprezentantului legal.

Spre deosebire de protocoale, ghidurile clinice nu sunt concepute ca directive universale care conduc cursul unui diagnostic, și conturează managementul, tratamentul sau evaluarea post-spitalizare a unui caz. Individualitatea actului medical reprezintă considerația că fiecare caz are anumite circumstanțe individuale, iar acesta trebuie abordat în funcție de mai mulți factori ca și decizia pacientului, resursele și limitările specifice instituției sau tipului de practică medicală. Abaterile semnificative de la ghidurile clinice regionale sau naționale trebuie documentate în întregime în toate protocoalele și documentele medicale, iar motivele abaterii trebuie justificate detaliat.

1.1. Obiective și arie de cuprindere

Îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical;

Elaborarea și implementarea ghidului de management și tratament al tulburărilor psihiatrice la pacienții cu boli cerebrovasculare pentru medicii de familie.

Îmbunătățirea standardelor în vederea asigurării unei asistențe medicale în condiții de siguranță pentru grupul țintă; dezvoltarea de instrumente care sprijină evaluarea de către medicul de familie a riscurilor individuale privind îmbolnăvirea.

Prin modelul propus este vizată acoperirea sistematică a populației cu patologie cerebrovasculară și psihiatrică secundară, cu intervenții preventive bazate pe dovezi, adresate factorilor de risc cu cel mai mare impact asupra poverii îmbolnăvirilor.

1.2. Noțiuni de neurologie și psihiatrie utilizate în acest ghid

Noțiuni de psihiatrie

În traducerea etimologică, cuvântul psihiatrie înseamnă tratamentul sufletului. Fiind una dintre ramurile științelor medicale, psihiatria are ca obiectiv studierea totalității manifestărilor patologice ale activității psihice, al condițiilor în care apar, al cauzelor ce le determină, al mecanismelor și măsurilor de tratament curativo-profilactice ce se impun, pentru a le evita sau combate. Considerăm psihicul ca fiind rezultatul activității materiei superior organizate - creierul -, iar acesta, în strânsă interdependență cu funcționalitatea întregului organism. Mai mult influența lui se extinde negativ și asupra relațiilor interumane. De aceea, psihicul are caracterul unei științe pluri-dimensionale, cu strânse legături cu celelalte științe medicale și sociale: neurologia, medicina internă, endocrinologia etc., precum și psihologia și sociologia.

În patologia cerebro-vasculară, pacienții pot dezvolta secundar ținând cont de etiologie, o serie de tulburări psihiatrice care duc la o diminuare marcată a calității vieții și la cheltuieli ridicate în ceea ce privește managementul terapeutic al acestor tip de pacienți. Simptomele psihice principale care pun probleme pacienții cu patologie cerebro-vasculară sunt: deteriorarea cognitivă, sindroame confuzionale, simptome delirant-halucinatorii, dispoziție depresivă, tentative suicidare, anxietate, neliniște/agitație psihomotorie, confabulație, raptus, catatonie, pierderea inițiativei, incapacitate integrativă, modificări comportamentale, diminuarea capacității de auto-gestiune, uneori conștiința bolii diminuată. Toate aceste simptome fac obiectul unui diagnostic și pot fi reversibile, uneori total, dacă se intervine timpuriu, pot să fie extrem de ușoare în cazul în care se iau măsurile specifice de prevenție.

1.3. Forme de prezentare a ghidului

O variantă scurtă, utilă practicii imediate a medicilor de familie și ușor aplicabilă de către aceștia și chiar și de către asistentele medicale din asistența primară;

O variantă exhaustivă, descriptivă, conținând materialul integral elaborat.

Capitolul 2. Scopul ghidului

Speranța de viață reprezintă indicatorul care arată nivelul de sănătate a populației unei țări. Ghidul își propune să implementeze o strategie integrată pentru face față mai bine nevoilor și provocărilor sistemului de sănătate, nevoilor grupului țintă și totodată creșterea speranței de viață prin combaterea bolilor asociate cu îmbătrânirea

Capitolul 3. Metodologia realizării ghidului

3.1. Inițierea

Pregătirea este o etapă decisivă în procesul de elaborare a unui ghid de novo. Scopul acesteia este definirea unei teme relevante, a echipei tehnice și de revizuire, luarea în calcul a tuturor celor interesați în vederea unei implementări de succes și atingerea obiectivului dorit: în cazul nostru, schimbarea modelului de furnizare a serviciilor preventive oferite în asistența primară (trecerea de la servicii oportuniste la unele sistematice și integrate).

3.1.1. Documentarea și structura ghidului

S-a întocmit o listă inițială a Ghidurilor de prevenție și tratament internaționale relevante pentru elaborarea „Ghidului de management si tratament al tulburarilor psihiatrice la pacienti cu boli cerebrovasculare pentru medicii de familie”

S-a întocmit de asemenea o listă cu materiale bibliografice de specialitate, relevante pentru tema abordată în cadrul acestui ghid.

Ghidurile si materialele bibliografice identificate au fost parcurse de echipa tehnică a proiectului.

Ținând cont de criterii de tip: relevanță pentru scopul propus și claritatea structurii, s-a convenit:

- un abord detaliat al factorilor de risc legați de stilul de viață ;
- adăugarea unui capitol în legătură cu intervenții de depistare, comunicare și modificare a principalelor riscuri relevante pentru vârste și gen, răspunzând astfel nevoilor exprimate de medicii de familie consultați.

În conformitate cu obiectivele și resursele proiectului și ținând cont de cadrul oferit de proiect, echipa de coordonare a proiectului a definit structura echipei de elaborare a ghidului

Echipa tehnică a ghidului - cu rol în elaborarea Ghidului conform metodologiei ADAPTE, compusă din:

- medici specialiști psihiatrii și neurologi, medici de familie și specialiști în sănătate publică cu expertiză și interes special, în domeniul activităților preventive, cu competență în găsirea informațiilor, evaluare critică, elaborarea și implementarea de

ghiduri clinice pentru medicii de familie dar și cu abilitati în stabilirea de relații de comunicare și colaborare cu alte specialități;

- medici specialiști de diverse specialități (psihiatrie, neurologie, etc), psihologi, cu experiență și interes pentru ariile relevante – patologia cerebrovasculară și managementul patologiei psihiatrice secundare, a schimbărilor de comportament în cadrul intervențiilor și tratamentului din patologiilor cerebrovasculare.

Echipa de recenzori și referenți - având rol în recenzarea Ghidului în formatul preliminar și formularea de observații pentru îmbunătățirea conținutului său:

- medici de diferite specialități, cu expertiză și interes în elaborarea și implementarea de ghiduri, clinicieni simpli (inclusiv medicină de familie), membri sau conducători ai unor organizații medicale interesate de conținutul și aplicarea Ghidului.
- Organizații/structuri interesate, cu rol în sprijinirea, diseminarea și implementarea Ghidului în varianta finală.

S-au stabilit următoarele reguli, sarcini și modalități de colaborare:

- Ghidul a fost finanțat printr-un proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020- Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea competențelor profesioniștilor din sectorul medical- POCU/9.4/8/109601- beneficiar Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad având sursa de finanțare sub cadrul proiectului POCU: 109601 cu titlul: „Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “
- responsabilii de capitol structurează capitolul conform modelului agreat;
- fiecare capitol este supus unui process de *peer-review*;
- deciziile privind problemele “disputate” sunt aduse în atenția tuturor celorlalți membri ai grupului, iar rezoluția se adoptă prin consens;
- editorul încorporează în documentul preliminar materialele recepționate și acceptate de coordonatorul științific;
- documentul preliminar este trimis spre recenzare listei de recenzori agreeți;
- responsabilii de capitole, împreună cu coordonatorul ghidului, analizează observațiile recenzorilor, eventual fac documentări suplimentare și formulează concluzii;
- concluziile privind modificările sugerate, inclusiv cele având ca efect implementarea sunt trimise editorului/beneficiarului ghidului care le încorporează în documentul intermediar/final;
- varianta finală a documentului se retrimite recenzorilor.

Cu ocazia întâlnirilor de consens s-a întocmit o listă privind modalitățile de răspândire, persoanele și instituțiile dornice de a se implica în distribuirea și implementarea „Ghidului de management și tratament al tulburărilor psihiatrice la pacienții cu boli cerebrovasculare pentru medicii de familie”.

- Formularea recomandărilor Ghidului ține cont de contextul specific de organizare și funcționare a activității în medicina familiei anului 2019 dar, pentru o mai bună sustenabilitate, Proiectul „Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “ cât și de management și tratament al tulburărilor psihiatrice secundare bolilor cerebrovasculare
- își propune formularea sugestiilor care să modifice modul actual de furnizare a serviciilor și a modalităților concrete de sprijinire ale acestei activități.

S-a avut în vedere necesitatea implicării unor experți independenți/organisme independente pentru avizarea ghidului.

3.2.Adaptarea

Cheia procesului de adaptare este capacitatea de a aplica recomandările unui ghid la contextul organizațional și cultural.

Ținând cont de anumite criterii de tip: relevanță pentru obiectivul propus și claritatea structurii, s-a decis adaptarea ghidului urmărind fiecare aspect din cele două tipuri cunoscute internațional, de abordare a elaborării ghidurilor:

Prima dintre acestea aparține grupului PGEAC (The Practice Guideline Evaluation and Adaptation Cycle) și propune o abordare în 10 pași:

1. Identificarea ariei clinice unde se dorește promovarea celor mai optime practici.
2. Stabilirea unui grup inter-disciplinar de evaluare a ghidurilor.
3. Stabilirea unei metode de evaluare a ghidurilor.
4. Căutarea ghidurilor existente.
5. Evaluarea ghidurilor.
6. Adoptarea sau adaptarea ghidurilor pentru o utilizare locală.
7. Evaluarea externă din partea altor practicieni și a oficialităților locale.
8. Finalizarea ghidului local.
9. Obținerea andosării și adoptării oficiale a ghidului local.
10. Programarea pentru reevaluare și revizuire periodică a ghidului local.

A doua abordare aparține grupului AGREE și presupune un proces format din 7 etape ce vor fi parcurse de grupul multidisciplinar însărcinat cu adaptarea ghidului :

1. Definirea unor elemente clinice ce vor fi incluse în ghidul final (lotul de pacienți, caracteristicile patologiei, intervențiile vizate, utilizatorii finali, scopurile urmărite, tipul de instituție și contextul local).
2. Căutarea ghidurilor sursă (stabilirea metodologiei de căutare, definirea și folosirea criteriilor de selecție – limba, data publicării, instituția care a publicat ghidul).
3. Evaluarea contextului clinic al ghidurilor sursă (comparația elementelor clinice acoperite de ghidurile sursă cu elemente de interes ale acestui ghid, așa cum au fost ele stabilite la punctul 1).

4. Evaluarea calității și coerenței ghidurilor sursă (evaluarea globală a calității, dar și evaluarea separată pentru fiecare element clinic de interes, utilizând AGREE Instrument).
5. Adaptarea recomandărilor pentru oricare dintre elementele clinice; această adaptare poate fi variabilă în intensitate de la adoptarea recomandării din ghidul sursă așa cum este ea formulată prin simpla traducere, reformularea justificată, reformatarea.
6. Evaluarea externă a ghidului adaptat.
7. Adoptarea, andosarea și implementarea ghidului adaptat

Adaptarea ghidurilor naționale și internaționale existente la contextul asistenței medicale primare din România, conform procedurii propuse de *The ADAPTE Collaboration*, s-a făcut în trei etape (de inițiere, de adaptare, de finalizare) și mai mulți pași.

3.2.1. Selecția subiectului

Ghidul de față are ca și subiect - Intervențiile dovedit eficace și aplicabile în asistența primară din România, pentru prevenția, managementul și tratamentul afecțiunilor neurologice și psihiatrice secundare, considerate prioritare (având în vedere relevanța lor pentru morbiditate și mortalitate)

3.2.2. Formularea întrebărilor la care răspunde ghidul

Fiecare capitol al Ghidului are la bază un set de întrebări clinice; întrebările au fost formulate pornind de la formulele standard de întrebări clinice structurate.

Ghidurile identificate în etapa preliminară au constituit punctul de plecare în stabilirea listei de întrebări clinice la care răspunde Ghidul de novo pentru România, adaptat.

În timpul analizei ghidurilor și a materialelor de specilitate selectate, au apărut și întrebări noi.

3.2.3. Căutarea de ghiduri și altă documentație relevantă

Strategia de căutare dezvoltată în acest ghid s-a bazat pe o serie de întrebări cheie formulate. Căutarea sistematică a fost precedată de formularea unor criterii de includere și excludere. Au fost accesate paginile web ale organizațiilor dezvoltatoare de ghiduri sau ale societăților profesionale relevante din România și din străinătate.

3.2.4. Analiza ghidurilor identificate

O primă evaluare a ghidurilor identificate a avut ca scop:

- eliminarea din start a ghidurilor fără relevanță acestui studiu (prin evaluarea “rigorii” cu ajutorul instrumentului AGREE2) și
- selectarea acelor ghiduri care au un format optim sau prezența unor răspunsuri la unele întrebări din domeniul de sănătate care nu au putut fi regăsite în ghiduri superioare calitativ.

Pentru analiza conținutului ghidurilor au fost folosite matricile de recomandări extrase din ghidurile selectate

Soluția adoptată de către grupul tehnic pentru a realiza analiza, a fost aceea de a folosi un singur sistem de evaluare a puterii recomandărilor (Sistemul GRADE) și de a reclasifica nivelul dovezilor, folosind sistemul ales (discordanțele au fost soluționate plecând de la evaluarea literaturii sursă).

Sunt două nivele de tărie a recomandărilor:

- Recomandări puternice (Grad 1)
- Recomandări slabe (Grad 2)

Sunt trei nivele de calitate a dovezilor:

- A. Dovezi de calitate înaltă
- B. Dovezi de calitate medie
- C. Dovezi de calitate

Validitatea unui ghid reprezintă capacitatea acestuia ca, atunci când se implementează în practica medicală, să îmbunătățească efectele asupra stării de sănătate a pacientului, având și costuri acceptabile. Validitatea depinde de calitatea prin care evidențele științifice sunt: identificate, rezumate și încorporate în recomandările facute de ghidul respectiv.

3.2.4.1. Aplicabilitatea recomandărilor

Conform ADAPTE capacitatea de aplicare a recomandărilor unui ghid în contextul țintit și gradul în care acel ghid necesită a fi adaptat depind de diferențele de cultură și de contextul organizării, de disponibilitatea serviciilor medicale, de competența cadrelor medicale, de resurse, de organizarea serviciilor de sănătate, precum și de caracteristicile individuale ale populației, obiceiurile și credințele culturale și judecățile de valoare.

La selecția bibliografiei și în formularea recomandărilor finale ale ghidului de management și tratament propus, au fost considerate acceptabilitatea și aplicabilitatea ghidului, utilizând următoarele filtre:

- populația țintă a ghidurilor selectate se aseamănă cu aceea căreia i se adresează noul ghid? (acceptabilitate);
- intervențiile alese iau în considerație părerea și preferințele pacienților, în contextul aplicării noului ghid? (acceptabilitate);
- sunt intervențiile și echipamentele recomandate de către noul ghid disponibile în contextul de aplicare a noului ghid? (aplicabilitate);
- există expertiza necesară (nivel de cunoștințe și abilități) în noul context? (aplicabilitate);
- există constrângeri, piedici organizaționale, de legislație, ce țin de politică, de resursele disponibile, care ar putea pune în dificultate implementarea acestor recomandări? (aplicabilitate);

- recomandările formulate au o compatibilitate cu valorile și cultura existente acolo unde va avea loc implementarea lor? (acceptabilitate și aplicabilitate);
- beneficiul obținut din implementarea recomandărilor este eficient comparativ cu efortul implementare? (acceptabilitate);

Rezultatele evaluărilor efectuate au oferit o bază explicită pentru luarea unor decizii avizate privind selectarea și modificările recomandărilor din ghiduri și a materialelor sursă. Aceste decizii, propuse de către fiecare dintre experții pe anumite problematici, au fost discutate la întâlnirile Grupului tehnic de lucru, pe baza informațiilor culese în instrumentele de sinteză amintite.

3.2.5. Selecția ghidurilor și recomandărilor pentru a crea un ghid adaptat

Procesul decizional privind adoptarea, modificarea și eliminarea unora dintre recomandări a fost facilitat de către coordonatorul științific al Ghidului.

Acest ghid respectă procedurile necesare elaborării ghidurilor de novo. Etapa care presupune cea mai mare dificultate, care necesită un consum mare de timp și de resurse financiare, logistice și umane, este reprezentată de cea în care se realizează trecerea în revistă a lucrărilor de cercetare din domeniu și gradarea rezultatelor acestor lucrări care, evident, nu au toate aceeași relevanță. O soluție care a fost necesară a fost recurgerea la date furnizate de către organizații specializate, care dispun de metodologii avansate și de personal cu experiență în domeniul căutării sistematice a dovezilor științifice și a gradării acestora.

Una din alternativele viabile la elaborarea unui ghid de novo este reprezentată de adaptarea unui ghid preexistent.

Pentru luarea deciziilor și selectarea recomandărilor au fost folosite următoarele tipuri de opțiuni menționate în cadrul documentului ADAPTE1:

- **RESPINGEREA** întregului ghid - decizia unanimă a echipei de elaborare în cazul în care: ghidul a înregistrat scoruri minime la AGREE, avea vechime și era depășit, recomandările nu pot fi aplicate în contextul noului ghid etc.
- **ACCEPTAREA** recomandărilor specifice - decizia unanimă a echipei de elaborare de a accepta o parte din recomandări, așa cum au fost formulate de către anumite ghiduri, respectiv de a respinge altele;
- **MODIFICAREA** recomandărilor specifice - decizia unanimă a echipei de elaborare ca unele recomandări să fie păstrate, dar să sufere modificări.

Adoptarea acestor decizii a permis formularea recomandărilor care adresează corespunzător toate întrebările propuse și care sunt aplicabile în contextul asistenței primare din ghid.

3.2.6. Elaborarea variantei preliminare a ghidului adaptat

Recomandările reținute au făcut obiectivul unor întâlniri de atingere a unui consens și au fost analizate din două mari perspective: una tehnică, privind acuratețea științifică a lucrării și una vizând aplicabilitatea/implementabilitatea măsurilor prezentate.

Consecutiv acestor întâlniri de consens s-a elaborat o formă preliminară a Ghidului.

Colaționarea Ghidului preliminar s-a făcut pornind de la un schelet al ghidului, formulat în cadrul unei etape anterioare și luând în calcul sugestiile ADAPTE.

Varianta preliminară a Ghidului mai conține și un material care se referă la instrumente pentru implementare. Elaborarea unui capitol s-a făcut în paralel cu elaborarea fiecărui capitol de bază al ghidului, prin contribuția fiecăruia dintre persoanele cu expertiză pe o anumită problemă.

Procesul de elaborare, colaționare, respectiv de transfer al instrumentelor în software a fost realizată cu ajutorul expertului IT.

3.3. Finalizarea

Conform ADAPTE, finalizarea presupune feedback-ul riguros asupra documentului din partea părților interesate de ghid, stabilirea unui proces de revizuire și actualizare a ghidului și elaborarea ghidului final.

3.3.1. Feed-back-ul extern

Au fost organizate întâlniri de consens având ca obiectiv:

- analiza recomandărilor formulate;
- analiza contextului și capabilității de implementare a recomandărilor formulate.

La aceste întâlniri au participat medicii de familie, reprezentanți ai principalelor specialități implicate (psihiatrie, neurologie, cardiologie, radiologie, geriatrie), reprezentanți ai organizațiilor având interes în succesul implementării.

Întâlnirile au permis adresarea recomandărilor cheie și a celor potențial problematice și formularea de soluții de consens.

S-au formulat concluzii referitoare la atributele dorite ale intervențiilor preventive selectate cât și a instrumentelor necesare pentru susținerea implementării: intervenții eficace, ușor de asimilat și integrat în rutină zilnică a cabinetului, recunoscute ca prioritare și susținute financiar de către Casa de asigurări de sănătate, posibil a fi finalizate la nivel de sistem.

Feed-back-urile primite ne-au condus la ideea dezvoltării ghidului într-o variantă cat mai scurtă, utilă practicii imediate a medicilor de familie și ușor aplicabilă de către aceștia și chiar și de către asistentele medicale din asistența primară.

Medicilor de familie și asistenților medicali li s-a solicitat opinia referitor la acceptabilitatea și aplicabilitatea Ghidului în practica curentă.

Decidenților, reprezentanților organizațiilor profesionale li s-a solicitat opinia în legătură cu implicațiile aplicării Ghidului - resursele necesare implementării Ghidului.

Autorii Ghidului au luat în discuție toate opiniile și sugestiile recenzorilor și au operat modificările necesare acolo unde a fost cazul.

3.3.2. Avizarea ghidurilor

Pentru o mai bună diseminare și implementare, Ghidul va fi supus unei proceduri de avizare de către organismele/ organizațiile profesionale relevante - Colegiul Medicilor și Societatea Națională de Medicina Familiei.

Avizarea presupune o procedură formală de recunoaștere a relevanței ghidului pentru membrii organizației.

3.3.3. Actualizarea

Conform ADAPTE, procesul de revizuire și actualizare a unui ghid implică două etape:

- identificarea unor dovezi relevante în decizia de a realiza “Ghidul de management și tratament al tulburărilor psihiatrice la pacienții cu boli cerebrovasculare” pentru medicii de familie
- Echipa tehnică a Ghidului a propus actualizarea sa la un interval de 5 ani (2025).

În cazul în care noi dovezi importante vor fi identificate mai repede, se va putea lua în considerare devansarea datei revizuirii.

Capitolul 4. Structura ghidului

Dovezile demonstrează că un ghid final concis și clar, lipsit de ambiguități, este mai ușor de acceptat de către cadrele medicale care-l utilizează. În funcție de momentul intervenției în istoria naturală a bolilor, ghidul vizat trebuie să cuprindă activități de prevenție: primară (intervenții care contracarează riscul de îmbolnăvire), secundară (intervenții care urmăresc selectarea indivizilor cu risc crescut sau în stadii în care boala nu este încă manifestă) și terțiară (intervenții care urmăresc să atenueze/ anuleze impactul bolii asupra persoanelor diagnosticate).

Ghidul în varianta finală va conține un arsenal important de instrumente de suport care, sperăm, vor ușura implementarea.

Pilotarea acestor instrumente de către cabinetele pilot din țară va permite orientarea grupului tehnic în legătură cu acceptabilitatea și aplicabilitatea recomandărilor formulate, dar mai ales cu privire la stimulentele și barierele în calea implementării. În plus, contactul pe parcursul câtorva luni cu profesioniștii vizați, medici, asistente medicale și comunitare, va permite luarea în calcul a unor modificări de abord (reformularea mai clară/adaptată a unora dintre recomandări, modificări ale instrumentelor de suport: algoritmi, liste de verificare, alerte, sisteme de analiză, sisteme de planificare, materiale de informare a pacienților etc).

În același timp, ca urmare a interacțiunii cu utilizatorii se vor putea aduce modificări la formatul Ghidului, ținând cont că o mai bună adaptare a formatului la categoria de utilizator, poate influența modul în care acesta este receptat.

Ghidul final va trebui să conțină și referințe la modalitățile dovedite utile pentru implementarea Ghidului de către diverșii utilizatori.

Documentul final va putea fi evaluat din punctul de vedere al calității elaborării lui, utilizând Instrumentul AGREE2.

Capitolul 5. Evaluarea si diagnosticul bolilor cerebrovasculare

5.1.Accidentul vascular cerebral ischemic si atacul ischemic tranzitor vascular cerebral ischemic si atacul ischemic tranzitor

5.1.1.Introducere

Accidentul vascular cerebral ischemic (AVC) este una din principalele cauze de morbiditate și mortalitate la nivel mondial. La nivelul Europei există diferențe semnificative în ceea ce privește prevalența, incidența și mortalitatea. Toate aceste modificări semnificative se asociază în special cu factorii de risc, și cel mai frecvent cu hipertensiunea arterială, ceea ce duce la apariția unor AVC-uri mai severe la țările din estul Europei. Concluzionând AVC-ul este cea mai importantă cauză de morbiditate și dizabilitate pe termen lung la nivelul Europei, și de asemenea a doua cauză de apariție a demenței, și o cauză extrem de frecventă pentru sindroamele depresive și alte sindroame psihiatrice.

5.1.2.Informarea și educarea publicului:

“Time is brain” sau „timpul înseamnă creier” denotă faptul că AVC-ul este o urgență majoră de aceea în fază acută prespitalicească se va încerca evitarea întârzierilor de management a tratamentului specific AVC-ului ischemic acut. Educarea publicului în ceea ce privește recunoașterea simptomelor și semnelor clinice specifice reprezintă un proces prioritar.

Toate întârzierile referitoare la tratamentul acut al AVC-ului ischemic apar ca urmare a unui management deficitar la diferite niveluri, și anume:

- La nivelul populației – întârzieri determinate de nerecunoașterea simptomelor specifice de AVC
- La nivelul spitalelor- întârzieri determinate de accesul dificil la serviciile de imagistică cerebrală și a personalului insuficient pregătit pentru preluarea unui pacient cu AVC acut
- La nivel prespitalicesc o altă cauză importantă de întârziere o reprezintă timpulscurs de la debutul simptomelor până la apelarea serviciului de ambulanță, fie ca urmare a faptului căsimptomatologia nu este corect recunoscută fie din speranța că simptomele se vor ameliora.

Luând în calcul toate aceste evenimente, educația populației în recunoașterea simptomelor specifice AVC-ului acut poate reduce mult timpul de la recunoașterea simptomelor până la etapa de spital. Chiar dacă aproximativ 50% din populație declară că recunosc semnele de AVC doar o mică parte dintre ei apelează la serviciile de urgență, legătura fiind luată de către membrii familiei. Statistic, cele mai frecvente pe care le obțin pacienții referitor la AVC-ul acut sunt:

- mass-media
- rudele sau prietenii cu cunoștiințe medicale
- mai rar tratatele medicale, medicii de familie sau medicii specialiști

Toate aceste modalități de informare variază extrem de mult în funcție de vârsta pacienților, astfel tinerii preferă ca și canale de informații internetul și televiziunea, cei vârstnici obținând informații specifice de la medicul de familie sau din campaniile de sănătate. AIT definește toate deficiturile focale cu debut brusc, dar care sunt complet regresive în mai puțin de 1 oră.

Simptomatologia AIT exprimă afectarea specifică a unui teritoriu arterial diferențiat [carotidian, sylvian, vertebro-bazilar, perforant (AIT lacunar)].

Fiziopatologia AIT este evocată de:

1. durată (10-15 minute)
2. repetitivitate (5-10 ori pe zi)
3. stereotipie (din punct de vedere al leziunii determinate, care este în majoritatea cazurilor aproximativ aceeași)
4. reversibilitate totală, încât după episodul ischemic tranzitor nu mai există nici un fel de simptom neurologic și nici o expresie imagistică prin care să se poată atesta constituirea unei leziuni ischemice a parenchimului cerebral. Recent există studii care sugerează că AIT-urile pot avea expresie în rezonanță magnetică nucleară.

În funcție de teritoriul arterial afectat, AIT pot prezenta următoarele semne neurologice mai importante:

- tulburare de vorbire cu/fără deficit motor facio-brahial: afectarea lobului frontal
- tulburare motorie, pură (hemipareză) a feței, membrului superior, membrului inferior fără afazie sau heminegligență: afectarea capsulei interne (AIT lacunar)
- vertij, iplopie dizartrie: afectare vertebro-bazilară
- deficit motor al mâinii sau membrului superior: afectarea cortexului motor.

5.1.3. Managementul de urgență

Chiar dacă doar o mică parte din pacienții care se prezintă la camera de urgență cu semne și simptome specifice de AVC acut sunt într-o stare clinică care le poate pereclita viața, foarte mulți pacienți au afecțiuni fiziologice marcate și comorbidități multiple.

Semnele importante care ar putea prezice eventuale complicații, și anume infarct cerebral masiv sau transformarea hemoragică a unui ACV recurent, pneumoniile de aspirație, puseele hipertensive, valorile glicemice mari, aritmiile cardiace, infarctul miocardic coexistent, insuficiența cardiacă sau insuficiența renală trebuie recunoscute cât mai devreme.

Pentru stabilirea severității AVC-ului, evaluarea pacientului de către personal calificat se va face cu ajutorul scalei NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).

În cadrul examinării inițiale a pacientului cu AVC sau suspiciune de AVC sunt necesare următoarele:

- observarea respirației și funcției pulmonare
- semnele de disfagie
- evaluarea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac
- evaluarea funcției cardiace
- saturația oxigenului
- probele biologice, glicemie, coagulograma și hemoleucogramă

Pasul următor include montarea unei linii de abord venos, precum și un istoric medical care să includă factorii de risc pentru bolile cerebrovasculare, bolile cardiace pre-existente, medicația folosită cronic, și totodată afecțiunile de diagnostic diferențial. Consumul de droguri sau de contraceptive orale, traumatismele craniene sau istoricul de cefalee pot furniza informații importante în special la pacienții de vârstă tânără.

5.1.4. Serviciile și unitățile de urgențe neurovasculare

Toți pacienții cu AVC acut trebuie tratați într-o unitate spitalicească care să cuprindă și o unitate de urgențe neurovasculare. De asemenea, datorită faptului că un procent foarte ridicat de pacienți cu AVC au și alte patologii asociate, este necesară efectuarea unei îngrijiri multidisciplinare și eventual accesul la intervenții suplimentare de înaltă tehnologie. Din punct de vedere al definiției, centrele primare de urgențe neurovasculare sunt centrele dotate cu personal, infrastructură, programe și experiența necesară tratării pacienților cu AVC acut. Anumiți pacienți cu AVC-uri complicate sau diferite afecțiuni multisistemice necesită îngrijiri mai specializate și resurse multiple care uneori nu sunt disponibile în centrele de tip primar. Spitalele multidisciplinare pentru pacienții cu AVC sunt acele spitale care oferă tehnici de diagnostic și tratament adecvate pentru majoritatea pacienților cu AVC, oferind access și la tehnologii medicale și eventual servicii chirurgicale avansate dacă este necesar. Chiar dacă tratarea pacienților cu AVC în unitatea de urgențe neurovasculare este mult mai costisitoare decât tratamentul efectuat pe o secție de Neurologie generală, costurile de îngrijire postacut vor fi mult reduse. O echipă completă de îngrijire a unui pacient cu AVC acut trebuie să includă medici, asistente medicale, fizioterapeuți, logopezi și specialiști în terapie ocupațională. Toată această echipă multidisciplinară trebuie să acționeze extrem de coordonat, astfel că sunt necesare întâlnirile periodice precum și cursuri și programe de training.

O unitate tipică de urgență neurovasculară trebuie să aibă următoarele componente:

- serviciu de imagistică cu tomografie computerizată și rezonanță magnetică nucleară
- metode rapide de nursing adecvat și tratament specific
- îngrijiri medicale specifice, cum ar fi mobilizarea precoce, prevenția complicațiilor, tratamentul hipoxiei, hiperglicemiei, febrei și sindromului de deshidratare
- reabilitare continuă cu echipe multidisciplinare

Din punct de vedere organizatoric, unitățile primare și ceșe multidisciplinare admit pacienți în fază acută și administrează tratamentul pentru câteva zile, ulterior pacienții vor fi îngrijiți în unitățile de recuperare pentru una sau două săptămâni.

5.1.5.Diagnosticul

Cele mai importante artere și simptomele majore întâlnite în ischemia acestora sunt:

- AVC din teritoriul carotidian:debut brusc cu hemiplegie de parte opusă (controlaterală leziunii) care cuprinde atât membrul superior, dar și cel inferior
- AVC din teritoriul carotidian intern:debut brusc, deficit motor al unei jumătăți de corp, egal repartizat facio-brahio-crural.
- AVC din teritoriul arterei cerebrale anterioare:debut brusc, monopareză/monoplegie a membrului inferior,posibilă afazie expresivă,tulburări de ordin psihic: abulie, anxietate, apatie, dezorientare, etc.
- AVC din teritoriul arterei cerebrale medii:debut brusc, hemiplegie/hemipareză cu posibile predominanțe facio-brahiale sau crurale, în funcție de ramurile obstruate: superficiale sau profunde,hemianopsie homonimă,posibilă afazie,convulsii,tulburări de sensibilitate (hipo/anestezie),fără tulburări de sensibilitate sau ale vorbirii în cazul afectării ramurilor profunde care irigă o parte din capsula internă,evoluția este în general progresivă, iar finalul este adesea spre exitus,devierea conjugată a ochilor și a capului în partea leziunii emisferice
- AVC din teritoriul arterei cerebrale posterioare:tulburări de echilibru,tulburări de deglutiție (difagie pentru lichide/solide),tulburări ale vederii (hemianopsie în cadran, halucinații),diplopie,mișcări coreo-atetozice, hemibalism,hemianestezie,hemianopsie

Alături de simptomatologia specifică accidentului vascular cerebral, care variază în funcție de teritoriul vascular afectat, diagnosticul imagistic trebuie să fie unul extrem de rapid, pentru a putea fi efectuat tratamentul terapeutic cel mai eficient, având ca scop recuperarea cât mai precoce posibilă a deficitului neurologic caracteristic AVC ischemic. Având în vedere că AVC-ul reprezintă o urgență majoră, de primă intenție este efectuarea tomografiei computerizate, care ulterior va fi completată de examenul prin rezonanță magnetică. Scopul acestor explorări funcționale este de a stabili cu exactitate tipul de accident vascular cerebral. Ulterior pe parcursul internării pacientului se pot efectua analize specifice pentru a identifica

teritoriul vascular arterial afectat, incluzând aici echografia Doppler, angiografie, angioCT, angioRM, echografie transesofagiană sau echocardiografie.

În examinarea CT este imperativă depistarea anomaliilor de densitate de la nivelul parenchimului cerebral pe seama emisiei de raze X.

Aspectele hiperdense pledează cel mai frecvent pentru leziuni de tip hemoragie, sau calcificări.

Aspectele hipodense pledează cel mai frecvent pentru leziuni de tip ischemic, edem, sau leziuni chistice.

Aspectul neomogen apare la infarctele cerebrale cu transformare hemoragică. La leziunea este una mixtă cu alternanță de arii hipodense și hiperdense trebuie făcut diagnosticul cu un proces expansiv intracranian de tip tumoral, cu edem perilezional, sau cu necroza intratumorală.

Examenul computer tomografie este eficient în evaluarea semnelor de angajare cerebrală (subfalciformă, temporală, diencefalică, sau a amigdalelor cerebreloase prin gaura ruptă occipitală). Totodată se obțin date relevante referitoare la gradul de atrofie cerebrală și mărirea ventriculilor cerebrali.

Computer tomografia are limite de aplicabilitate nefiind utilă în decelarea aspectelor de tip ischemic din teritoriul vertebrobazilar. Leziunile fosei posterioare nu sunt bine vizualizate în computer tomografic, cu excepția revărsatului sangvin (hiperdensitate 60-70 UH). Leziunile demielinizante și tumorale mici pot trece de asemenea neobservate în examinarea CT.

Chiar dacă este o metodă cu costuri mult mai mari comparativ cu examinarea CT, rezonanța magnetică nucleară detectează leziunile ischemice precoce, fiind de mare fidelitate în cazul în care este necesară examinarea fosei posterioare sau a măduvei spinării.

Noțiunile cu care operează examenul prin RM sunt cele de hiposemnal, izosemnal, sau hipersemnal. Aspectul unei leziuni este diferit în funcție de secvența și tipul de ponderație utilizată.

Imaginile obținute în secvențele TI ponderat pot fi în:

- hiposemnal: LCR, aer (sinusuri), vase cu flux rapid, artefacte metalice, calcificări și corticala structurilor osoase
 - hipersemnal: hematom subacut (methemoglobină), grăsimea, priza de contrast.
- Imaginile obținute în secvențele T2 ponderat pot fi în:

- hiposemnal: aer, calcificări și corticala osoasă, vase cu flux rapid, în hemosiderina, artefacte metalice, și LCR numai în secvența FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery prin suprimare de semnal)
- hipersemnal: LCR, sângele în stadiul subacut și diferitele leziuni: ischemie, demielinizare, glioză, tumori și edem.

Imaginile în IRM sunt multiplanare (axial, sagital, coronal). Reconstrucția ulterioară fiind de înaltă rezoluție.

Alte teste diagnostice care sunt necesare pacienților cu AVC sunt:

- evaluare clinică cât mai rapidă incluzând toți parametrii fiziologici și analize de sânge uzuale.
- Efectuarea unui EKG cu 12 derivații
- Monitorizare Holter pentru pacienții care sunt suspecți de aritmii cardiace
- Ecocardiografie la majoritatea pacienților
- Ecografie trans-esofagiană sau trans-toracică la pacienții selectați

5.1.6. Managementul factorilor de risc vascular

Tensiunea arterială trebuie verificată în mod regulat și tratată prin modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă adaptată individual fiecărui pacient, încercându-se menținerea la volri de 120/80 mmHg .

Valorile glicemiei trebuie controlate în mod regulat, iar diabetul zaharat trebuie controlat prin modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă specifică. La pacienții cu diabet este imperativ stabilirea tensiunii arteriale la o valoare țintă de 130/80 mmHg (Clasa IV, Nivel C).

Valorile sanguine ale colesterolului trebuie măsurate cu regularitate, și este recomandată tratarea valorilor ridicate prin modificarea stilului de viață și introducerea terapiei cu statină.

Este recomandată evitarea fumatului și a consumului de alcool. Este recomandată activitatea fizică regulată și scăderea ponderală la pacienții cu indexul de masă corporal peste valorile normale.

De asemenea este recomandată dieta bogată în fructe și legume, cu un conținut scăzut de sare și grăsimi, nefiind recomandate suplimentele vitaminice antioxidante și nici terapia de substituție hormonală.

5.1.7. Prevenția secundară

În cadrul prevenției secundare este recomandată menținerea la parametrii optimi ai factorilor de risc, astfel că tensiunea arterială trebuie verificată cu regularitate și adusă la parametrii normali în faza acută de AVC. La pacienții cu valori glicemice mari sau diabet zaharat se recomandă tratamentul cu pioglitazonă sau insulină. La persoanele cu AVC-uri non-cardioembolic se recomandă terapia cu statine. Este interzis fumatul și consumul de alcool și de asemenea se recomandă o dietă de tip mediteraneean, cu o activitate fizică accentuată și evitarea sedentarismului.

5.1.8. Tratamentul general al AVC-ului include următoarele etape:

- a. măsuri profilactice care vor lua în considerare factorii de risc al fiecărui pacient
- b. tratament curativ:

- echilibrarea hidroelectrolitică și combaterea acidozei metabolice cerebrale care poate determina o neurotoxicitate accentuată
- tratament antihipertensiv doar în cazul în care valorile tensionale sunt mai mari de 220/120 mmHg cu o scădere progresivă, nu brutală, deoarece există o corecție fiziologică a valorilor TA la indivizii cu leziuni vasculare cerebrale
- tratamentul antiaritmie caracteristic la pacienții cu aritmii cardiace
- tratament vasodilatator la nevoie
- tratament antiagregant, principalii agenți folosiți fiind aspirină, dipiridamol, ticlopidina, triflusal, clopidogrel
- tratament anticoagulant (la pacienții cu FiA nonvalvulară): heparina, antivitamină K (acenocumarol), warfarina sau medicație anticoagulantă de generație nouă
- tratament trombolitic: după efectuarea examenului imagistic prin IRM pentru a cuantifica competența poligonului Willis și a circulației cerebrale colaterale, cu inhibitor de rt-PA - Actilyse, Alteplase, Warfarină, Streptokinază, Urokinază (prezintă riscul de apariție a altor hemoragii atât intracraniene, dar și în general)
- tratamentul edemului cerebral cu Manitol în perfuzii lente, Furosemid, hemisuccinat de hidrocortizon
- tratament chirurgical în special la ocluziile de artera carotidă internă-endarterectomie, dacă este indicat
- tratamentul sechelelor motorii de AVC– recuperare, masaj, exerciții fizice, etc.
- tratamentul posibilelor complicații de decubit: pneumonie, tromboze venoase, escare de decubit, etc.
- Neurotrofice: hidrolizat proteic din creier de porc (Cerebrolysin), vit B1, B6, B12, derivați de citicolină

5.1.9. Tratatamentul specific în AVC

Profilaxie:

- anticoagulante la pacienții cu FiA cronică non-valvulară la care se va ajunge la un INR țintă de 2-3
- antiagregante plachetare cum sunt aspirina, ticlopidina, dipiridamol, clopidogrel - Plavix (75mg).

Curativ:

- Antiagregante
- Anticoagulante – în condițiile prezenței Fibrilației atriale non-valvulare
- Tratatament chirurgical - endarterectomia carotidiană dacă este necesar

- Trombolitice - de tipul rt-PA (activator tisular al plasminogenului) în fereastra terapeutică de până la 3 ore de la debutul iAVC, controlată într-o Unitate de Stroke. rt-PA alteplaza se administrează în doze de 0.9 mg/kg până la 90 mg, din care 10% în bolus, iar restul în 60 de minute. Tromboliza cu rt-PA conform studiilor multicentrice aparent funcționează, dar inconvenientul major al acestei metode este reprezentat de fereastra terapeutică îngustă și dificultatea de selecție a pacienților potriviți unei astfel de terapii. Tromboliza cu rt-PA trebuie efectuată folosind strict protocolul studiului NINDS rt-PA. Alte trombolitice de tipul streptokinazei, urokinazei au fost scoase din folosință din cauza riscurilor hemoragice apărute la pacienții aflați sub tratament. Cea mai periculoasă complicație a trombolizei în AVC este transformarea hemoragică a acestuia, fie post terapie, fie chiar și spontană.

5.1.10.Prevenția și managementul complicațiilor

Pe perioada spitalizării și după externare, pacienții cu AVC pot prezenta o multitudine de complicații. Astfel că sunt necesare următoarele:

- În cazul infecțiilor urinare utilizarea de antibiotice adecvate, în concordanță cu urocultura și antibiograma
- Pentru prevenția trombozei venoase profunde este recomandată hidratarea precoce și folosirea ciorapilor de compresiune gradată
- Mobilizarea precoce a pacienților pentru prevenirea pneumoniilor de aspirație și a escarelor de decubit
- Administrarea heparinei pentru pacienții cu risc de embolie pulmonară
- Administrarea de anticonvulsivante se recomandă pentru prevenirea crizelor convulsive recurente, dar nu este necesară administrarea profilactică de anticonvulsivante la pacienții care nu au avut crize convulsive
- Suplimentele orale alimentare se recomandă doar la pacienții fără disfagie și doar în condiții de malnutriție
- La pacienții cu tulburări majore de deglutiție este recomandată alimentarea nazogastrică precoce

5.2.Accidentul vascular cerebral hemoragic

5.2.1.Definiție

Accidentul vascular cerebral hemoragic sau hemoragia intracerebrală este definită ca sângerarea spontană care are loc la nivelul parenchimului cerebral sau la nivel ventricular și se datorează ruperii unei artere sau vene cerebrale. Uneori este importantă distingerea între un AVC hemoragic primar și o transformare hemoragică a unui AVC ischemic, în primul caz evenimentul initial fiind ruptură vaselor cerebrale sanguine, în schimb în al doilea caz

evenimentul inițial fiind ocluzia vasculară. Această diferențiere este importantă pentru stabilirea etiologiei și a managementului tratamentului.

5.2.2.Epidemiologie

Din punct de vedere al raportului incidenței, hemoragia cerebrală reprezintă aproximativ 15% din totalul accidentelor vasculare cerebrale, la nivelul țării noastre acest procent fiind mult mai mare, de aproximativ 30%. AVC-ul hemoragic se asociază frecvent cu o mortalitate și o morbiditate mare, rata mortalității fiind de aproximativ 30-50%, jumătate din decese fiind înregistrate în primele 48 de ore de la debutul bolii.

5.2.3.Clasificare

Hemoragiile cerebrale pot fi:

- a. Primare în proporție de 80 %, frecvent asociate cu hipertensiune arterială și angiopatii amiloide
- b. Secundare - prin ruptura anevrismelor sau malformațiilor arterio-venoase, a angioamelor cerebrale,
 - Tratamentului anticoagulant sau antitrombotic
 - Cirozei hepatice
 - Traumatismelor
 - Eclampsiei
 - Endometriozei
 - coagulopatiilor

Din punct de vedere al localizării pot fi:

- profunde în proporție de 50%
- lobare 35%
- cerebeloase 10%
- trunchiul cerebral 6%

5.2.4.Factori de risc

Principalii factori de risc pentru hemoragia cerebrală sunt următorii:

- hipertensiunea arterială este cel mai important factor de risc, riscul hemoragiei cerebrale fiind redus cu aproximativ 50% dacă valorile crescute ale tensiunii arteriale sunt menținute în parametrii normali.
- Fumatul crește riscul de hemoragie cerebrală cu aproximativ 3%
- Obezitatea este de asemenea corelată direct cu riscul de hemoragie cerebrală
- Tulburările de coagulare, precum și utilizarea tratamentului anticoagulant sau antitrombotic determină o creștere a hemoragiei cerebrale de 8 până la 11 ori.

- Consumul de droguri (amfetamina, cocaina, fenilpropanolamina) reprezintă factori de risc la bolnavii tineri fără altă cauză de boală vasculară;
- Tromboliza efectuată în infarctul ischemic sau infarctul miocardic crește riscul de hemoragie cerebrală.

5.2.5.Cauze

Cele mai frecvente cauze de hemoragie cerebrală sunt:

1. Ruptura arterelor penetrante de la baza creierului, patologie asociată frecvent cu hipertensiunea arterială
2. Angiopatia amiloidă
3. Ruptura malformațiilor arteriovenoase sau a cavernoamelor
4. Rupture anevrismelor saculare
5. Excesul de tratament anticoagulant sau antitrombotic, precum și tratamentul trombolitic
6. Tumorile cerebrale
7. Tromboza venoasă intracraniană
8. Traumatismele cerebrale
9. Endocardita infecțioasă
10. Hipertensiunea din insuficiență renală acută sau eclampsie
11. Consumul de droguri sau alcool

5.2.6.Complicațiile precoce ale hemoragiei intracerebrale

Creșterea în dimensiuni a hematomului intracerebral reprezintă principala complicație precoce, o creștere a volumului de peste 30% fiind întâlnită la mai mult de 25% din pacienții cu hematom intraparenchimos în primele 4 ore de la debut. O altă complicație frecvent întâlnită este efracția intraventriculară a hemoatomului care determină o creștere semnificativă a ratei mortalității. Edemul cerebral este o complicație frecventă atât în faza acută, cât și în cea subacută și se poate accentua până la două săptămâni.

5.2.7.Criterii de diagnostic clinic și paraclinic ale hemoragiei intracerebrale

Din punct de vedere clinic, simptomele variază în funcție de localizarea hematomului, de mărimea acestuia și nu în ultimul rând în funcție de prezența sângelui la nivel ventricular. Debutul semnelor clinice este de obicei brusc cu cefalee, grețuri și vărsături, crize epileptice și deficit motor. Poate să apară și o alterare a stării de conștiință și chiar o stare comatoasă, semne de iritație meningeală, sindroame de tip cerebelos sau semne clinice specifice afectării nervilor cranieni. Simptomatologia clinică din punct de vedere evolutiv, poate fi supracută și acută, subacută și cronică.

5.2.8.Evaluarea inițială a pacientului cu hemoragie cerebrală

În cadrul evaluării inițiale a pacientului cu AVC hemoragic este importantă luarea în evidență a debutului simptomelor, vârsta pacientului și factorii de risc asociați. Anamneza va fi orientată spre starea de conștiință a pacientului cu calcularea scorului Glasgow și a evaluării reflexelor trunchiului cerebral, semnelor vitale, tensiunii arteriale și a saturației oxigenului. Tot în cadrul evaluării inițiale vor fi efectuate probele biochimice de rutină, un EKG și în funcție de pacient probele toxicologice sau test de sarcină.

5.2.9.Imagistica în hemoragia intraparenchimatosa

Imagistica cerebrală are un rol primordial în evaluarea de urgență a pacientului cu suspiciune de AVC hemoragic, atât tomografia computerizată cât și rezonanța magnetică având rolul de a identifica hemoragia, dimensiunea și localizarea hematomului. Tomografia computerizată este superioară în diagnosticul hemoragiei intraventriculare, iar rezonanța magnetică este mult mai precisă pentru delimitare, hernierilor intracraniene și evaluarea edemului cerebral.

5.2.10.Tratamentul hemoragiei intracerebrale

Tratamentul corect al hemoragiei intracerebrale trebuie să înceapă cu o fază de prespital. Astfel că tratarea cu succes a unui pacient cu AVC hemoragic începe de la domiciliu sau de la locul de muncă prin recunoașterea de către populație a semnelor clinice specifice de AVC. Informarea și programele educaționale trebuie să fie direcționate către persoanele cu risc înalt de AVC, și de asemenea către persoanele din jurul lor. Cele mai frecvente surse de informare sunt mass media, și prietenii sau rudele. Training-ul corect al paramedicilor vor determina scădere semnificativă a întârzierilor.

5.2.11.Managementul general al pacientului cu hemoragie cerebrală în stadiul acut

Tratamentul AVC-ului hemoragic este asemănător cu cel ischemic și include:

1. Tratamentul general care include evaluarea neurologică și a funcțiilor vitale care trebuie monitorizate și controlate continuu
2. Prevenția și tratamentul complicațiilor neurologice sau medicale generale
3. Prevenția secundară pentru a scădea recurența precoce a hemoragiei
4. Terapie specifică direcționată pe creșterea hematomului cerebral

Trebuie rapid recunoscute simptomele și semnele care pot anunța complicații ulterioare, cum sunt infarctele cerebrale cu efect de masă, hemoragia sau AVC-ul recurent și afecțiunile medicale, cum sunt criza hipertensivă, infarctul miocardic coexistent, pneumonia de aspirație, insuficiența cardiacă sau renală. Managementul general al pacientului cu

hemoragie cerebrală include: tratamentul tulburărilor respiratorii, cardice, controlul TA, reechilibrare hidroelectrolitică și metabolică.

5.2.12. Adresare și transfer al pacienților

Sunt extrem de necesare programele educaționale destinate populației cu scopul creșterii conștientizării accidentului vascular cerebral și totodată programele educaționale pentru profesioniști. De asemenea este recomandat contactul imediat cu serviciul de urgență iar transportul va fi prioritar pentru pacienții cu suspiciunea de AVC către cel mai apropiat centru medical cu unitate neurovasculară. Se recomandă efectuarea imediată în serviciul de urgență a evaluării clinice, laborator și imagistică cerebrală pentru a putea lua decizia terapeutică corectă. În mediile rurale sau îndepărtate se va lua în considerare transportul cu elicopterul pentru a îmbunătăți accesul la tratamentul specific patologiei de AVC.

5.2.13. Tratamentul complicațiilor hemoragiei cerebrale

Cele mai întâlnite complicații ale hemoragiei cerebrale sunt edemul cerebral, efectul de masă și creșterea presiunii intracraniene, aceste complicații fiind asociate cu mortalitate și morbiditate mare.

Hipertensiunea intracraniană poate altera starea de conștiență a pacientului astfel că va necesita monitorizare continuă și un tratament cât mai adecvat este necesar încă din fazele inițiale. Principalele metode de decompresiune medicală includ ridicarea capului la 30 de grade, hiperventilația controlată, diureticele osmotice și barbituricele. Dacă hipertensiunea intracraniană nu poate fi controlată cu terapie osmotică și hiperventilație, poate fi discutată posibilitatea inducerii comei barbiturice care reduce fluxul sanguin cerebral, scade metabolismul și secundar scade presiunea intracraniană. Coma se induce cu Pentobarbital (3 - 10 mg/kg corp cu rata de administrare 1 mg/kg/minut sau Thiopental 10 mg/kg în perfuzie continuă. Dozele sunt adaptate folosind monitorizare EEG.

5.2.14. Tratamentul specific AVC hemoragic

AVC-ul hemoragic necesită și tratament specific neurochirurgical în anumite condiții, diferențiat în funcție de localizarea hemoragiei, prezența anevrismelor cerebrale rupte sau alte cauze specifice de hemoragie cerebrală. Intervenția chirurgicală este de obicei rezervată persoanelor tinere, cu un abord chirurgical corespunzător, iar tratamentul paleativ este adecvat pacienților vârstnici cu tulburări ale conștienței, cu dimensiuni mari la care probabilitatea de evoluție bună este foarte mică. Hemoragia cerebrală are o rată de mortalitate crescută astfel că identificarea factorilor de risc și tratarea lor are un rol principal pentru evitarea recidivelor hemoragice, hipertensiunea arterială fiind cel mai important factor de risc la majoritatea populației, fumatul și consumul de alcool și cocaină fiind de obicei asociate cu risc crescut de hemoragie la persoanele tinere.

5.2.15. Aspecte speciale în managementul hemoragiei cerebrale

Criteriile de externare care trebuie luate în considerare sunt starea de conștiență bună, cu deficitul neurologic în remisie, hipertensiunea arterială controlată corect și în parametrii normali și fără existența complicațiilor. Dispenzarizarea neurologică și cardiologică este necesară în primele 3 luni post AVC atât la medicul de familie cât și la medicul specialist. Chiar și cu o îngrijire optimă doar aproximativ 30% din pacienți se vor recupera complet după un AVC hemoragic.

5.3. Prevenția în bolile cerebrovasculare

Identificarea factorilor de risc vasculari și managementul acestora reprezintă ținta principală în prevenția primară pentru AVC ischemic. Astfel se recomandă utilizarea unei baterii minime de investigații clinico-paraclinice care să excludă sau să confirme prezența factorilor de risc vasculari.

Acestea sunt:

- măsurarea TA
- determinarea glicemiei
- determinarea colesterolului plasmatic și a fracțiunilor colesterolice (HDL, LDL)
- EKG
- examen clinic neurologic și examen clinic general
- examinare ultrasonografică doppler a arterelor carotide și vertebrale, precum și examinare ultrasonografică doppler transcraniană pentru evidențierea unei surse emboligene
- examinare prin ecocardiografie, unde este cazul
- examinare prin computer tomografie (CT) pentru excluderea accidentelor vasculare cerebrale silențioase (lacunarism cerebral, sau leukoaraiosis), sau a encefalopatiei vasculare subcorticale. Recomandarea de examinare prin CT (screening) este justificată la pacientul hipertensiv, sau cu teren vasculitic, la care afectarea vasculară predomină pe arterele mici.

În prevenția AVC ischemic tratamentul HTA este de cea mai mare importanță. Conform rezultatelor a numeroase studii scăderea valorilor TA conduce la reducerea semnificativă a riscului de AVC ischemic și hemoragic. Chiar și o scădere de 5-6 mmHg a TAS și / sau cu 2-3 mmHg a TAD reduce riscul relativ pentru AVC cu 40%. Riscul absolut se reduce la 0,5% cu un Number Needed to Treat (NNT) = 200, aceasta însemnând că trebuie prin tratarea corectă a HTA la 200 de pacienți hipertensivi se reduce riscul de a face VAC ischemic la un singur pacient.

Clase de antihipertensive utile în prevenția AVC ischemic ca medicație de linia I:

- inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA);
- blocați ai receptorilor de angiotensină (ARB);
- beta-blocați;
- antagoniști ai canalelor de calciu;
- diuretice.

Riscul pentru AVC ischemic la fumători crește de 1,8 ori față de populația generală. Renunțarea la fumat reduce riscul de boală cerebrovasculară ischemică la jumătate în primele 6 luni de la întreruperea acestuia, astfel că la 5 ani riscul pentru AVC ischemic să fie aproximativ egal cu cel al populației generale.

Complianța privind renunțarea la fumat este de 70%, 30% dintre aceștia asumându-și în continuare factorul de risc, continuând fumatul.

Colaborarea medic-pacient, consilierea și renunțarea la fumat apare în proporție de 70% după majoritatea statisticilor, restul de 30% continuă să fumeze asumându-și toate riscurile.

Pentru rezultate optime în renunțarea la fumat se pot utiliza substituienții farmacologici ai nicotinei, cum sunt plasturi cu nicotină, gumă de mestecat cu nicotină, inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei sau bupropion. Adjuvantele non-farmacologice includ terapia comportamentală, terapia de grup, psihoterapia.

Studii recente au demonstrat o reducere a riscului pentru AVC ischemic cu 11 - 25% în urma terapiei cu diferite statine, reducerea medie a ratei de risc pentru AVC ischemic este de 21% în urma terapiei cu statine la pacientul hipercolesterolemic. Studiile la care end-pointul primar a fost reducerea riscului pentru AVC ischemic la pacienți hipercolesterolemici sub statină au arătat scăderea incidenței pentru AVC ischemic în diferite procente. Un studiu condus pe diabetici arată o reducere a riscului de 48% pentru AVC la tratamentul cu statină.

Pacienții suferinzi de boală coronariană, sau cu antecedente de infarct miocardic (IM) și cu un LDL-colesterol (LDL-col) mai mare de 100 mg/dL trebuie să aibă în schema terapeutică cu inhibitori de HMGCoA reductază. Persoanele cu boală coronariană care asociază, sau nu, un sigur factor de risc vascular, au indicație pentru administrarea de statine atunci când prezintă un LDL-col plasmatic mai mare de 160 mg/dL. Creșterea valorilor HDL-col reprezintă un efect benefic al statinelor. Cele mai eficiente statine sunt atorvastatina, simvastatina și pravastatina.

Diabetul zaharat reprezintă factor de risc independent pentru AVC ischemic. Studiile recente nu au demonstrat utilitatea medicației antidiabetice în prevenția primară a AVC ischemic, sau a altor complicații macrovasculare în DZ. Un studiu consacrat în domeniul UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) demonstrează o reducere a riscului de microangiopatie cu 25% sub tratament hipoglicemiant la subiecți cu DZ. Un factor complementar în reducerea riscului pentru AVC ischemic la diabetici este scăderea valorilor TA sub 130/85 mmHg, la pacientul hipertensiv diabetic recomandarea hipotensoarelor sunt cele care acționează pe sistemul renină - angiotensină ~ aldosteron (SRAA), mai specific IECA și blocații de receptor AT-1, ducând la scăderea cu 50% a riscului pentru AVC ischemic.

Reducerea riscului relativ pentru AVC ischemic la individul care are o activitate fizică regulată este de 40 - 60%, prin scăderea TA și a masei supraponderale.

Conceptul de „viață sănătoasă” este cel care trebuie implementat la pacientul cu risc pentru AVC ischemic. Acesta cuprinde:

- 30 de minute de exercițiu fizic de 3 ori pe săptămână
- o dietă bogată în vegetale și fructe, dietă mediteraneană, săracă în grăsimi animale, dulciuri concentrate, alcool, sau cafea în exces, fără tutun.

Scăderea în greutate influențează alți factori de risc vasculari cum ar fi HTA hipercolesterolemia și DZ. Cu toate acestea nu există în prezent studii randomizate pentru prevenția primară a AVC ischemic prin scădere în greutate.

Reducerea riscului relativ pentru AVC ischemic la pacientul cu FiA și anticoagulant oral cu INR între 2 - 3 a fost de 70%, demonstrată de o meta-analiză a cinci studii de cohortă recente. Reducerea absolută a riscului pentru boală cerebrovasculară ischemică este de 3% / an, cu un echivalent NNT de 33 (adică sunt tratați corect pentru FiA 33 pacienți pentru a evita 1 AVC ischemic).

Un INR între 1.5 - 1.9 nu conferă protecție pentru AVC ischemic, denotând o anticoagulare orală prost condusă. Anticoagulare mai agresivă care ridică valoarea INR între 3.0 - 3.9 conduce la o reducere cu 40% a tuturor tipurilor de AVC ischemic, cu 30 de procente mai mică decât la un INR între 2-3. Valori ale INR > 4.5 dublează riscul pentru AVC hemoragic.

INR (International normalized ratio) reprezintă raportul dintre timpul de tromboplastină a pacientului și martor. Această standardizare a valorilor permite controlul coagulării indiferent de particularitățile rezultatelor unui laborator clinic.

Din aceste motive ținta actuală pentru pacientul cu FiA anticoagulant este un INR între 2-3, conform trialurilor clinice din domeniu.

Pacienții care prezintă fibrilație atrială (FiA) paroxistică sau persistentă cu asociere de factori de risc vasculari (HTA, boală coronariană, insuficiență cardiacă, vârsta peste 75 de ani) au recomandare de anticoagulare orală cu un INR între 2 - 3, iar pacienții cu vârsta peste 75 de ani, din cauza riscului mai mare de hemoragii au o valoare INR recomandată de 2.

La subgrupa de pacienți cu FiA și vârsta sub 65 de ani, fără alți factori de risc vasculari recomandarea este de antiagregare cu acid acetilsalicilic (AAS) în doze de minim 100 mg și maxim 300 mg. Sub 100 mg nu se cunoaște nicio reducere semnificativ statistică a riscului pentru AVC ischemic, iar dozele care depășesc 300 mg nu produc o creștere consecutivă dependentă de doză a protecției pentru evenimentul ischemic cerebral.

Recomandarea de utilizare a AAS vizează și pacienții care prezintă contraindicații de anticoagulare orală:

- pacienți cu microangiopatie cerebrală;
- pacienți cu demență în stadiu incipient;
- pacienți cu risc de sincopă.

Capitolul 6. Conduita terapeutică a patologiei psihiatrice secundară bolilor cerebrovasculare

6.1.Demența vasculară

6.1.1. Generalități

Accidentul vascular cerebral este considerat principala cauză de dizabilitate la nivel mondial, și totodată cea de-a doua cauză de demență. Din aproximativ 15 milioane de pacienți anual cu accident vascular cerebral aproximativ o treime rămân cu dizabilități permanente.

6.1.2.Date epidemiologice

Demența vasculară este în general considerată a doua cea mai frecventă categorie de demență, după demența de tip Alzheimer, contabilizând aproximativ 15 până la 20% din totalul cazurilor de demență din Europa. Riscul raportat de demență după un AVC este de aproximativ 7% la pacienții cu un prim accident vascular cerebral ischemic, și de aproximativ 40% la pacienții cu recidive de accident vascular cerebral. Aproximativ 5% din cazurile de demență sunt raportate la aproximativ 1 an după un AIT, și la peste 34% la un an după un AVC sever. O creștere marcată a prevalenței demenței vasculare a fost observată în ultimii ani ca urmare a creșterii ratei de AVC la populația vârstnică și a scăderii mortalității ca urmare a tratamentului modern. Există o multitudine de studii referitoare la incidența și prevalența demenței vasculare, dar comparațiile sunt dificil de realizat ca urmare a variațiilor criteriilor de diagnostic ale demenței, caracteristicile pacientului, tipul de AVC, metodologia și de asemenea supravegherea cât mai exactă a pacienților.

6.1.3.Elemente neurobiologice și neurobiochimice

6.1.3.1.Tulburări funcționale evidențiate neuroimagistic

Anomaliile neuroimagistice corelate cu demența vasculară sunt atrofia cerebrală, infarctele silențioase și multiple, leziuni ale substanței albe și microinfarctele cerebrale vizibile prin tomografie computerizată sau rezonanță magnetică nucleară. În studiul efectuat de către Laaks o atrofia medio-temporală a fost evidențiată și la pacienții cu demență vasculară cât și la cei cu demență Alzheimer. Studiul Rotterdam Scan a demonstrat că AVC-urile silențioase sunt un predictor independent pentru demența. Leziunile severe ale substanței albe evidențiate prin neuroimagistică cresc riscul de demență vasculară. Aceste leziuni pot fi cauzate de o multitudine de factori incluzând aici ischemia, glioza micro-hemoragiile precum și afecțiunile pereților vaselor mici cerebrale.

6.1.3.2. Vulnerabilitate genetică

Factorii genetici pot fi considerați factori de risc independenți pentru demența vasculară. Principalii factori genetici sunt corelați cu metabolismul lipidic, angiotensina și

procesle inflamatorii. Cea mai frecventă formă de demență vasculară transmisă genetic este arteriopatia cerebrală autosomal recesivă cu infarcte sub corticale și leucoencefalopatie care este în strânsă legătură cu gena HTRA1 și NOTCH3.

6.1.3.3. Factori de neurodezvoltare

Principalele gene studiate au fost apolipoproteina E (APOE) și gena enzimei de conversie a angiotensinei, studiile recente sugerând că APOE e4 este asociată cu riscul demenței Alzheimer și cu declinul cognitiv de tip vascular.

6.1.3.4. Factori neurobiologici

Markerii specifici demenței de tip Alzheimer, proteina tau și peptide Aβ-42 sunt puțini specifici pentru demența vasculară. Studii recente au arătat că apolipoproteina H și inhibitorul 1 al activatorului plasminogenului sunt corelați cu demența vasculară.

6.1.3.5. Factorii neurobiochimici

Principalii factori biochimici asociați cu declinul cognitiv post-AVC sunt enzimele b-secretante și produșii terminali ai glicării avansate, iar alfa 2 macroglobulina a fost asociată cu un risc crescut de demență Alzheimer.

6.1.4. Elemente etiopatogenice

Principală cauză a demenței de tip vascular este reprezentată de hipoxia cerebrală de la nivelul celulei nervoase, ca urmare a afectării vaselor cerebrale mici subcorticale după un accident vascular cerebral important sau după micro-infarcte lacunare repetitive. Principalii factori de risc implicați în apariția demenței vasculare sunt reprezentați de:

Vârsta înaintată (65 de ani)

Hipertensiunea arterială

Dislipidemie care determină formarea ateroamelor vasculare

Diabetul zaharat

Creșterea riscului apariției demenței vasculare este determinat de către fumat, istoricul de AVC și infarctul miocardic.

6.1.5. Aspecte clinice specifice

Debutul demenței vasculare este lent, în fazele inițiale ale bolii fiind afectată doar o funcție cognitivă. Astfel pacientul va percepe numite dificultăți de memorare, tulburări de concentrare asociate cu episoade de dezorientare temporo-spațială, dificultăți în luarea deciziilor sau în planificarea activităților zilnice. Toate aceste manifestări inițiale denotă a tulburare cognitivă ușoară, dar vor evolua în mai mult de 40% spre o demență severă. Simptomatologia are o evoluție progresivă ceea ce va duce la afectarea activităților zilnice.

Ulterior apar și anumite modificări ale comportamentului integrativ, cum ar fi fenomenele de agitație psihomotorie, iritabilitate, anxietate, apatie sau depresie. Ca urmare a distrugerilor neuronale după un AVC, toate fenomenele menționate se pot asocia cu fenomene de tip extrapiramidal, mers cu pași mici, tulburări micționale, tulburări pseudobulbare sau deficite motorii.

6.1.6. Diagnostic – forme clinice

6.1.6.1. Elemente de diagnostic pozitiv

Criteriile de diagnostic pozitiv pentru demența vasculară sunt sugerate de un declin cognitiv manifestat prin afectarea memoriei și a minim două alte funcții cognitive incluzând aici orientarea, limbajul, integrare vizuală, controlul motor, praxia sau funcțiile executive care sunt evidențiate clinic și documentate prin teste neuropsihologice. Toate aceste deficite trebuie să fie considerate severe astfel încât să interfereze cu activitățile zilnice.

6.1.6.2. Probleme de diagnostic diferențial

Principalele probleme de diagnostic pot fi: stările psihiatrice de tip delirium sau psihoză, alterare a stării de conștiință, deficiențele senzoriale și cele de tip motor majore care fac nerealizabile testele neuropsihologice, celelalte tipuri de demență (demența Alzheimer, boala cu corpusculi Lewy). Alte caracteristici care ar trebui luate în considerare privind diagnosticul diferențial include debutul precoce al funcției mnestice și a tulburărilor cognitive de tip afazie, agnozie sau apraxie, fără leziuni corespunzătoare vizibile neuroimagistice.

6.1.7. Etape evolutive

Primul stadiu - stadiul amnezic

În primul stadiu apar tulburări de memorie, de exemplu, uitarea numelor sau a numerelor de telefon, însă ele nu sunt remarcate imediat. Persoana încearcă să ascundă aceste probleme din cauza stânjenelii sau îngrijorării. Membrii familiei sau prietenii minimizează importanța problemei, poate din cauza faptului că uitarea este considerată o consecință naturală a îmbătrânirii (normal aging).

Tulburările de memorie se agravează, fiind însoțite de dificultăți în menținerea atenției. O combinație a acestor două simptome duce la dificultăți în executarea unei sarcini sau la pierderea firului conversației. Pacientul este pus în situația de a-și căuta cuvintele.

Persoana tinde să utilizeze cuvinte simple sau propoziții scurte (limbaj sărac).

Orientarea în timp nu este așa de grav afectată în acest stadiu, pacienții prezintă temporar semne de dezorientare spațială (se pot rătăci chiar într-un cadru familiar, de exemplu, în propria casă).

Mulți pacienți își dezvoltă gusturi ciudate (de exemplu, în vestimentație) și încep să prefere culorile stridente. Unii prezintă o lipsă de spontaneitate sau activitate, cu sindrom de fixare a privirii (inabilitate marcată de a schimba poziția globilor oculari).

O dată cu progresia bolii, pacienții au probleme cu reprezentarea conceptuală. Banii își pierd înțelesul simbolic, în consecință, un bun sau un serviciu pot fi plătite de mai multe ori. Bolnavii asociază cu dificultate forme geometrice cu obiecte reale.

Problemele prezentate anterior pot deveni mai mult sau mai puțin evidente, în funcție de factori variați, cum sunt: profesia pacientului, stilul de viață și personalitatea. Acest stadiu poate fi stresant pentru pacient, iar anturajul nu îl sesizează sau nu îl înțelege.

Al doilea stadiu - stadiul demențial

În acest stadiu apar net consecințele declinului intelectual asupra vieții de toate zilele, bolnavul devenind din ce în ce mai incapabil de a duce o viață normală.

Severitatea simptomelor îl fac pe pacient să-și părăsească slujba și să nu mai conducă un autovehicul. Astfel, el devine mai dependent. Problemele de memorie devin mai pronunțate, fiind afectate amintirile evenimentelor recente, memoria de scurtă durată, deși memoria evenimentelor îndepărtate, în general, rămâne cel mai mult intactă. În consecință, unii pacienți, la vederea nepoților își amintesc de rude care au murit, fapt care-i face pe cei din jurul lor să creadă că nu sunt în stare să diferențieze viii de morți (sindrom confesional). Pierderea memoriei îl face pe bolnav să creadă că rudele sau prietenii nu l-au vizitat de mult timp, când, de fapt, ei de abia au plecat. Pe măsură ce numai sunt în stare să facă legătura între figură și nume, pacienții prezintă des dificultăți în recunoașterea membrilor propriei familii (prosopagnozie).

Devine din ce în ce mai dificil să interpreteze stimulii senzoriali: gust, vedere, auz. Acest lucru are repercusiuni în viața de zi cu zi, prin pierderea apetitului, inabilitatea de a citi și halucinații auditive sau vizuale. Insomnia poate deveni o problemă, pe măsură ce distincția dintre zi și noapte își pierde semnificația. Pacienții tind să doarmă mai mult în timpul zilei decât în timpul nopții. Noțiunea de timp și spațiu e afectată. Activitățile zilnice (de exemplu, spălatul și îmbrăcatul) devin imposibil de îndeplinit din cauza pierderii memoriei, confuziei și dificultății în manipularea obiectelor. Mișcările devin din ce în ce mai puțin precise și coordonate.

Pacienții își pierd echilibrul și pot avea accidente din cauza vederii duble. Incontinența poate apărea, fie din cauza tulburărilor de memorie, problemelor de comunicare și dificultăților practice, fie ca rezultat al imposibilității creierului de a înregistra și recunoaște semnalele propriului organism (afectare de schemă corporală).

Pacienții suferă de schimbări bruște de stare. Pot deveni agitați și agresivi, pasivi și apatici sau depresivi (sindromul profrontal).

Problemele de limbaj sunt mai pronunțate, incluzând imposibilitatea de a înțelege cuvântul vorbit sau citit și dificultatea în vorbire sau scriere. În acest stadiu, pacienții pot repeta cuvinte sau propoziții (sindrom afazic).

Stadiul al treilea-stadiul vegetativ

În acest stadiu are loc instalarea completă a dependenței bolnavilor, care devin incapabili de a se îngriji, de a vorbi, de a se hrăni (76).

Unul din aspectele tragice ale bolii ține de faptul că acest stadiu poate dura mulți ani. Nu se moare de boala Alzheimer, se moare “cu ea” dintr-o altă cauză.

Incontinența devine totală. Apare aproxia mersului, disfagie, facies inexpressiv. Pacientul e dispus la pneumonie și la escare de decubit, dacă nu este bine îngrijit. Bolnavul devine rigid ca un parkinsonian, își pierde reflexele la stimuli și are tulburări de comportament (poate fi agitat și iritabil). În acest stadiu, supravegherea permanentă este necesară. Totuși, în ciuda simptomelor, pacienții tind să răspundă la atingere și voci familiare (recunoaștere instinctuală).

În demența ușoară (evoluție de la 1 la 3 ani) se constată mai ales o tulburare de denumire (anomie). Dificultățile sunt evidente în limbajul spontan, ale cărui incoerențe traduc dezorganizarea relațiilor logice între obiecte și evenimente.

Evocarea cuvintelor (fluența) reprezintă o muncă foarte deficitară, mai ales când consumul reclamă o apartenență categorială.

Pentru denumirea obiectelor, deficitul este discret, respectiv inexistent. Comprehensiunea limbajului scris prezintă anomalii mult mai importante decât comprehensiunea limbajului oral.

În demența moderată (evoluție de la 2 la 10 ani), limbajul prezintă parafazii și perseverări, afectând un fonem, o silabă, un cuvânt sau o întreagă temă. Apar erori paragramaticale privind în special metaforele și utilizarea incorectă din punct de vedere semantic a prepozițiilor. Comprehensiunea orală devine deficientă și scrisul conține paragrafi de diverse tipuri (fonetic, lexical, putând ajunge la o neoformă).

În demența severă, pacienții pot fi cu afazie globală sau pot avea o producție vocală cvasilimitată la ecolalie sau palilalie. Totuși, la unii pacienți, discriminarea auditivă, repetiția și operațiile simple de transcodare implicate în lectură sau scris pot fi relativ prezervate.

6.1.8.Evoluție – prognostic

Din punct de vedere evolutiv, fenomenele inițiale selective pentru anumite activități cum ar fi ușoarele dificultăți în realizarea anumitor procese cognitive, sau afectarea activităților care necesită concentrare, se pot generaliza, astfel că pacientul va avea dificultăți în realizarea unor activități automatizate, cu afecțiuni tot mai severe ale memoriei și dificultăți

de vorbire. În stadii avansate vor apare tulburări de personalitate, cu afectări ale vieții cotidiene, cu apariția manifestărilor de tip psihotic.

6.1.9.Particularități clinico-terapeutice

Cea mai importantă particularitate a managementului demenței vasculare este reprezentată de prevenția primară și secundară a accidentului vascular cerebral. Un rol important în prevenția demenței vasculare îl are modificarea stilului de viață precum și modificarea factorilor de risc pentru AVC.

6.1.10.Strategia terapeutică

6.1.10.1.Terapie medicamentoasă

Primul pas în cadrul terapiei demenței vasculare trebuie să includă tratamentul de prevenție secundară a accidentelor vasculare cerebrale de toate tipurile, pentru a limita deteriorarea progresivă a funcției cognitive a acestor pacienți. Astfel se va lua în considerare folosirea antiagreganților sau anitcoagulanților, derivații de statină, hipotensoarele, antidiabeticele și neurotroficele cerebrale.

Inhibitorii de colinesteraze care sunt folosiți la pacienții cu demențe vasculare pot fi: donepezilul (5-10 mg doză zilnică), rivastigmina (6-12 mg doză zilnică) sau galantamina (16-24 mg doză zilnică). Acești inhibitori de colinesteraze pot fi asociați cu tratamentul de prevenție secundară.

În cazul asocierii demenței Alzheimer cu boli cerebrovasculare este recomandată folosirea galantaminei asociată cu tratamentul de prevenție secundară.

Ca medicație de a doua linie se recomandă utilizarea memantinei în doză de 10-20 de mg zilnic, de asemenea asociată cu tratamentul de prevenție secundară.

Extractul standardizat de Ginkgo Biloba poate fi asociat de asemenea cu terapia de prevenție secundară și poate fi folosit ca terapie de a treia alegere, în cazurile în care atât inhibitorii de colinesteraze cât și memantina nu au fost eficienți sau au determinat apariția efectelor adverse.

6.1.10.2.Terapie psihologică

Pentru pacienții cu demență vasculară în asocieră cu terapia farmacologică ar trebui asociate servicii medicale de tip integrative care să asigure acestor pacienți o îngrijire primară specializată și la domiciliu sau în instituții specializate

În formele ușoare sau medii este necesară introducerea de programe de stimulare cognitive care pot îmbunătăți calitatea vieții pacienților. O analiză comportamentală și funcțională specifică ar trebui efectuată la pacienții cu demență care prezintă și simptomatologie psihiatrică, determinând astfel factorii care ar fi putut genera sau agrava tulburările de comportament, și eventual stabilirea unor terapii specifice care să amelioreze aceste tulburări

de comportament. Principalele tipuri de abordări în asemenea situații include: terapia memoriei, exercițiile psihomotorii, stimularea multisenzorială, terapia ocupațională, muzică, dans sau terapii sociale.

6.1.10.3.Reabilitare psihosocială

La pacienții cu forme medii sau grave este necesară supravegherea și îngrijirea continuă permanent din partea familiei sau a unor îngrijitori specializați. În cazurile evolutive severe este recomandată instituționalizarea pacienților pe durată nelimitată ca urmare a faptului că acești pacienți sunt total dependenți fizic și psihic, și datorită faptului că apar multiple complicații medicale.

6.2. Demența vasculară cu debut acut

6.2.1.Generalități

Demența vasculară cu debut acut este tipul de demență cu o progresie rapidă de la câteva săptămâni la câteva luni, dar de obicei apare în primii trei ani după evenimentul cerebral. Acest tip de demență este foarte rar și dificil de diagnosticat. Diagnosticul cât mai precoce este extrem de important pentru că există multiple cauze care provoacă acest tip de demență și care pot fi tratate corespunzător.

6.2.2.Diagnostic pozitiv

Demența cu debut acut este uneori dificil de diagnosticat, dar progresia rapidă a simptomatologiei specifice ne orientează spre acest diagnostic.

6.2.3.Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu celelalte tipuri de demență, alterarea stării de conștiință, delirium, psihoză, afazie severă, deficit senzorial și motor major, care să împiedice testarea neuropsihologică. De asemenea sunt excluse cazurile cu afecțiuni sistemice sau alte afecțiuni neurologice cu demență (de exemplu boală Alzheimer) care pot fi responsabile pentru deficitul cognitiv.

6.2.4.Aspecte clinice specifice

Semnele clinice ale demenței cu debut acut includ tulburările de memorie, în special pentru evenimentele recente, sindroame confuzionale progresive, capacitatea de concentrare afectată, modificări comportamentale sau de personalitate, apatie asociată cu depresie, și pierderea abilității de a efectua activitățile zilnice.

6.2.5. Forme clinice

Includ cele 7 stagii de demență întâlnite și în cadrul demenței vasculare clasice doar ca progresia de la stadiile inițiale spre cele finale are loc mult mai accelerat.

6.2.6. Tratament

Vezi capitolul 6.1

6.2.7. Evoluție – prognostic

Vezi capitolul 6.1

6.2.8. Complicații

Vezi capitolul 6.1

6.2.9. Prevenție secundară și terțiară

Vezi capitolul 6.1

6.3. Demența vasculară prin infarcte multiple

6.3.1. Generalități

Demența vasculară prin infarcte multiple este cauzată de distrugerile țesutului cerebral prin infarctizări multiple, unele din aceste infarcte pot exista fără simptomatologie specifică fiind numite “silent stroke”. Chiar dacă pacientul nu prezintă semne specifice de AVC de-a lungul timpului pot apare simptome specifice demenței vasculare.

6.3.2. Diagnostic pozitiv

Demența prin infarcte lacunare multiple poate fi diagnosticată cu ajutorul tomografiei computerizate sau rezonanței magnetice nucleare, împreună cu examinarea neurologică caracteristică.

6.3.3. Diagnostic diferential

Vezi capitolul 6.1. Dificil de stabilit diagnosticul diferential având în vedere că simptomele sunt similare cu cele ale bolii Alzheimer, uneori aceste două tipuri de demență coexistând.

6.3.4. Aspecte clinice specifice

Semnele specifice includ confuzie sau tulburări de memorie pentru evenimentele recente, incontinență urinară sau de materii fecale, labilitate emoțională accentuată cu râs sau plâns spasmodic, dificultăți în efectuarea comenzilor. Simptomele specifice apar în jurul vârstei de 65 de ani, și are o prevalență mai ridicată la sexul masculin.

6.3.5. Forme clinice

Vezi capitolul 6.1

6.3.6.Tratament

Vezi capitolul 6.1. Nu există tratament specific care ar putea reface țesutul cerebral afectat de către infarctele lacunare, astfel că obiectivul principal în acest tip de demență constă în prevenția secundară a infarctelor cerebrale.

6.3.7.Evoluție – prognostic

Vezi capitolul 6.1

6.3.8.Complicatii

Vezi mai sus

6.3.9.Prevenție secundara si terciara

Vezi capitolul 6.1

6.4.Demența vasculară subcorticală

6.4.1.Generalități

Acest tip de demență include bolile care afectează în principal ganglionii bazali și se asociază cu afectare cognitivă majoră

6.4.2.Diagnostic pozitiv

Vezi capitolul 6.1

6.4.3.Diagnostic diferențial

Se face cu alte tipuri de demențe, precum și cu alte boli care determină o afectare cognitivă severă, incluzând aici boala Parkinson , coreea Huntington și paralizia progresivă supranucleară., aceste tipuri de pacienți prezentând pe lângă simptomele specifice de demență și mișcări involuntare și probleme de motilitate.

6.4.4.Aspecte clinice specifice

Din punct de vedere clinic demențele de tip subcortical prezintă multiple simptome, cele mai importante fiind încetinirea procesului mental, tulburările de memorie, pierderea inițiativei, apatie, sindroame depresive asociate cu tremur și mișcări involuntare.

La pacienții cu demențe de tip cortical sunt afectate memoria, limbajul și gândirea abstractă, toate aceste trei funcții sunt mult mai puțin afectate în demențele de tip subcortical

6.4.5.Forme clinice

- Paralizie progresivă supranucleară
- Parkinsonul atipic
- Boala Binswanger
- Degenerescenta corticobazală
- Boala Huntington

- Atrofie sistemică multiplă

6.4.6.Tratament

Vezi capitolul 6.1

6.4.7.Evoluție – prognostic

Vezi capitolul 6.1

6.4.8.Complicații

Vezi capitolul 6.1

6.4.9.Prevenție secundară și terțiară

Vezi capitolul 6.1

6.5. Dementa vasculara mixta, corticala si subcorticala

6.5.1.Generalități

În ce mai comună formă de demență mixtă, depozitele anormale de proteine asociate cu boala Alzheimer pot apare concomitent cu problemele vasculare asociate cu demența vasculară. Modificările cerebrale prezente în Alzheimer de foarte multe ori co-există cu depunerile de corpusculi Lewy, astfel că un pacient poate avea modificări la nivel cerebral corelate cu toate cele trei patologii- boala Alzheimer, demența vasculară și demența cu corpusculi Lewy.

6.5.2.Diagnostic pozitiv

Este similar celorlalte tipuri de demență. Vezi capitolul 6.1

6.5.3.Diagnostic diferențial

Extrem de dificil de realizat având în vedere că simptomatologia clinică este intricată, incluzând elemente specifice mai multor tipuri de demență.

6.5.4.Aspecte clinice specifice

Simptomele prezente în demența mixtă pot varia în funcție de tipul de afecțiune cerebrală dominantă și în funcție de regiunea cerebrală afectată. În marea majoritate a cazurilor simptomele sunt similare cu cele ale demenței vasculare sau demenței Alzheimer, iar în alte cazuri simptomele pacientului sugerează că sunt mai multe tipuri de demență prezente. Vezi capitolul 6.1

6.5.5.Forme clinice

Vezi capitolul 6.1

6.5.6.Tratament

Implică tratament specific pentru toate tipurile de demență, și tratament specific factorilor de risc prezenți. Vezi capitolul 6.1

6.5.7.Evoluție – prognostic

Evoluția pacienților cu demență mixtă este asemănătoare cu a celorlalte tipuri de demență dar poate fi mult accelerată.

6.5.8.Complicatii

Vezi capitolul 6.1

6.5.9.Prevenție secundara si terciara

Vezi capitolul 6.1

6.6.Sindromul amnezic organic

6.6.1.Generalități

Traumatismele cerebrale sau o boală a creierului pot duce la o formă severă de uitare numită amnezie. Pacienții obișnuți fie uită informații din trecutul lor, sunt incapabili să își facă amintiri noi, fie experimentează ambele tipuri.

Factorii de risc pentru dezvoltarea sindromului amnezic organic:

- Traumatisme recurente cerebrale, cum ar fi cele experimentate de un boxer sau de un jucător de fotbal
- O experiență traumatică care poate avea loc în oricare dintre următoarele: accident, război, genocid, abuzul sexual sau fizic, dezastre naturale;
- Persoanele cu afecțiuni medicale precum accident vascular cerebral, tumori sau infecții care implică creierul
- Expunerea la substanțe chimice toxice precum solvenți organici, mercur și monoxid de carbon

Experiențele neurochirurgicale și observațiile clinico-patologice au demonstrat că leziunile trunchiului cerebral pot duce la pierderea sau afectarea conștiinței.

În majoritatea cazurilor acute au apărut modificări proliferative ale elementelor vasculare și gliale, dar cele nervoase erau relativ conservate, iar modificările inflamatorii au fost absente. În patologia cronică modificările regresive ale elementelor nervoase au devenit mai proeminente, ducând în cele din urmă la atrofia și scleroza structurilor implicate.

Cele mai comune cauze sunt reprezentate de :

- Condiții cerebrale primitive: traumatisme cranio-cerebrale, convulsii, tumori cerebrale (la nivel thalamic și la nivelul lobului temporal), boli cerebro-vasculare, encefalita herpetică determinate de virusul Herpes Siplex, hipoxia, terapia electroconvulsivantă, scleroza multiplă, amnezia globală tranzitorie;
- Condiții medicale sistemice: hipoglicemia, deficitul de tiamină (sindromul Korsakoff)
- Indus de substanțe: benzodiazepine și alte clase de sedativ-hipnotice.

6.6.2.Diagnostic pozitiv

Simptome:

- Prezența unei deteriorări mnemice, manifestată ca un defect al memoriei recente (alterarea capacității de învățare); amnezia anterogradă și retrogradă și o capacitate redusă de a evoca experiențele trecute în ordinea inversă apariției lor;
- Un istoric clinic sau o dovadă obiectivă a unei afectări sau a unei boli a creierului;
- Absența unui defect testabil în evocarea imediată, a unei tulburări a atenției și vigilenței ca și a unei afectări intelectuale globale;
- Confabularea, lipsa conștientizării stării actuale, și modificările emoționale (apatie, lipsa de inițiativă) sunt adiționale dar nu necesare pentru stabilirea diagnosticului.

Examenul fizic poate include un examen neurologic pentru a verifica reflexele, funcția senzorială, echilibrul și alte aspecte fiziologice ale creierului și ale sistemului nervos.

Cu ajutorul testelor cognitive (MMSE) se va testa gândirea, judecata și memoria recentă și pe termen lung a persoanei. Evaluarea memoriei poate ajuta la determinarea gradului deficitului cognitiv și orientează spre o conduită terapeutică adecvată.

Testele imagistice - inclusiv o scanare RMN și CT - pentru a identifica o eventuală deteriorare a creierului sau anomalii cerebrale. O electroencefalogramă pentru a verifica prezența activității convulsive

Analize de sânge pentru a evidenția: infecția, carențele nutriționale sau alte probleme

6.6.3. Diagnostic diferențial

- Delirul
- Tulburări factice (mimează frecvent tulburarea amnesic organică dar testele psihologice de memorie au rezultate inconsistente)
- Tulburări dissociative (și-au pierdut orientarea către sine și pot avea deficit de memorie selective, asociate cu evenimentele de viață stresante din punct de vedere emoțional)
- Demența Alzheimer
- Demența asociată cu boala Parkinson, Sida și alte tulburări subcorticeale (prezintă simptome motorii cum ar fi bradikinezie, coree sau tremor)

6.6.4. Aspecte clinice specifice

Amnezia poate fi diferențiată prin efectul său sau debutul apariției sale.

Dacă deficitul de memorie se prezintă ca o incapacitate severă de a reține informații noi aceasta este clasificată ca și *amnezie anterogradă*.

Dacă afectarea se prezintă ca o pierdere a memoriei care deja a fost dobândită înaintea debutului patologiei cerebrale aceasta este considerată *amnezie retrogradă*.

În sindromul amnezic organic amnezia anterogradă și retrogradă apar adesea concomitent. Cel mai frecvent model este caracterizat de un gradient temporal urmat de Legea lui Ribot. Legea lui Ribot ilustrează faptul că există un model particular în care „capacitatea de

a învăța informații noi este cea mai afectată (amnezie anterogradă), informațiile învățate recent nu pot fi recuperate (amnezie retrogradă), iar informațiile învățate la distanță sunt scutite”. „Perioada de amnezie retrogradă poate dura de la câteva ore (în cazul amneziei globale tranzitorii) până la câțiva ani (în cazul exciziei chirurgicale a lobilor temporali)”.

Cea mai frecventă cauză a sindromului amnezic se datorează unei lovituri la cap, cauzată de un accident sportiv sau de un accident de mașină, care interferează cu procesul de consolidare.

Alte perturbări mai lungi, localizate, pot fi observate în episoadele ischemice tranzitorii în care există o pierdere a abilităților lingvistice (anomie), păstrând în același timp amintirea sarcinii de găsire a cuvintelor.

Deși memoria anterogradă și retrogradă sunt afectate, sindromul amnezic organic nu afectează nivelul de inteligență (IQ), cel puțin nu la început, funcțiile limbajului sunt păstrate, iar memoria de scurtă durată este intactă, cu incapacitatea de a învăța lucruri noi după apariția amneziei. Uneori memoria din trecutul îndepărtat (copilărie) se menține, iar pacienții pot avea schimbări bruște de dispoziție, apatie, absența inițiativei.

Nu în ultimul rând, în sindromul amnezic organic subiecții pot confabula, adică își creează false amintiri, percepții sau credințe care nu s-au întâmplat niciodată și le relatează persoanelor din jurul lor fără intenția de a înșela, datorită disfuncțiilor neurologice și psihice pentru ei aceasta este realitatea.

6.6.5. Forme clinice

Amnezie retrogradă: se pierd amintirile existente, făcute anterior cauzei care a produs-o. Acest tip de amnezie tinde să afecteze mai întâi amintirile recent formate. Amintirile mai vechi, cum ar fi amintirile din copilărie, sunt de obicei afectate mai încet. Boli precum demența provoacă amnezie retrogradă treptată.

Amnezie anterogradă: descrie amnezia în care nu se mai pot forma amintiri noi după evenimentul care a provocat amnezia. Acest efect poate fi temporar de exemplu, în cazul consumului de alcool. Poate fi și permanent dacă hipocampusul este deteriorat.

Amnezie posttraumatică: apare imediat după o leziune importantă a capului. Poate implica amnezie retrogradă, amnezie anterogradă sau ambele.

Amnezie globală tranzitorie : un sindrom temporar în care apare atât amnezie retrogradă, cât și amnezie anterogradă. Pierderea memoriei este bruscă și durează până la 24 de ore; pacientul experimentează confuzie sau agitație care apare și dispare în mod repetat pe parcursul mai multor ore. Este posibil să existe pierderi de memorie în orele dinaintea atacului și probabil că pacientul nu va avea nici o amintire durabilă a experienței. Apare mai frecvent la adulții de vârstă mijlocie și în vârstă.

Amnezie infantilă: este termenul folosit pentru a descrie faptul că oamenii nu își pot aminti amintirile evenimentelor din copilăria timpurie. Puțini oameni au amintiri înainte de

vârsta de trei până la cinci ani, deoarece zonele creierului care susțin memoria se dezvoltă încă.

Amnezie disociativă / amnezie psihogenă: o tulburare de sănătate mintală în care pacientul experimentează amnezia după un traumatism semnificativ. Din memorie, sunt blocate atât informațiile personale, cât și incidentul traumatic.

6.6.6. Tratament

Tratamentul sindromului amnestic se va realiza la recomandarea consultului de specialitate psihiatric . Se recomandă : neurotrofice cerebrale, timostabilizatoare. Terapia de susținere psihologică este recomandată în general dar și în urma consultului psihiatric efectuat în ambulator. Familia are un rol important în supravegherea și susținerea pacientului cu tulburări psihice organice.

6.6.7. Evoluție – prognostic

Evoluția sindromului amnestic este rezervat

6.6.8. Complicații

Complicații multiple pot apărea secundar afecțiunii neorologice de la repetarea accidentului vascular până la exitus prin neglijarea tratamentelor sau investigațiilor în vederea diagnosticării altor suferințe somatice. Cea mai severă dintre complicații este demența vasculară care determină scăderea funcționalității cu dependență de altă persoană.

6.6.9. Prevenție secundară și terțiară

Când lucrați în parteneriat cu persoanele care utilizează servicii de sănătate mintală și familiile sau aparținătorii acestora oferiți ajutor, tratament și îngrijire într-o atmosferă de speranță și optimism, luați-vă timp pentru a construi relații de susținere, încredere, empatică, fără a judeca ca parte esențială a îngrijirii.

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- încercați să le încurajați autonomia, promovați participarea activă la deciziile de tratament și susțineți-le autogestionarea
- mențineți continuitatea relațiilor terapeutice individuale ori de câte ori este posibil
- oferiți-le accesul unui avocat instruit

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală, familia, sau aparținătorii acestora:

- asigurați-vă că sunteți ușor de identificat (de exemplu, purtând o identificare adecvată) și abordabil
- adresați-vă utilizatorilor serviciului folosind numele și titlul pe care îl preferă

- explicați clar orice limbaj clinic și verificați dacă utilizatorul serviciului înțelege ce i-ați spus
- luați în considerare nevoile de comunicare, inclusiv cele ale persoanelor cu dizabilități de învățare, probleme de vedere sau de auz sau dificultăți de limbaj și oferiți interpreti independenți (cum ar fi cineva care nu are o relație cu utilizatorul serviciului) sau mijloace de comunicare (cum ar fi utilizarea imaginilor, simbolurilor, litere mari, Braille, limbi diferite sau limbajul semnelor) dacă este necesar.

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- asigurați-vă că discuțiile au loc în locuri în care confidențialitatea, intimitatea și demnitatea sunt respectate
- fiți clar cu utilizatorii de servicii cu privire la limitele confidențialității (cum ar fi faptul că serviciile de sănătate și cele sociale au acces la informații despre diagnosticul lor și tratamentul lor și în ce circumstanțe aceste informații pot fi împărtășite cu alții)

Consiliile furnizorilor de asistență medicală și socială ar trebui să colaboreze cu autoritățile locale și cu toate celelalte localități, organizații cu interes pentru sănătatea mintală (inclusiv servicii sociale, alte spitale, sectorul al treilea, care ar include voluntariat, organizații, grupuri de presă și mass-media locale și angajatori locali) să dezvolte o strategie de combatere a stigmatizării în comunitate și cu problemele de sănătate mintală și utilizarea serviciilor de sănătate mintală.

Discutați cu persoana care utilizează servicii de sănătate mintală dacă și cum își dorește ca familia sau aparținătorii să se implice în îngrijirea lor. Astfel de discuții ar trebui să aibă loc la intervale de care să se țină cont orice schimbări de circumstanțe și nu ar trebui să se întâmple o singură dată. Deoarece implicarea familiilor și a aparținătorilor poate fi destul de complexă, personalul ar trebui să primească instruire cu privire la abilitățile necesare negocierii și să lucreze cu familiile și aparținătorilor, precum și în gestionarea problemelor legate de schimbul de informații și confidențialitate.

Dacă persoana care folosește servicii de sănătate mintală dorește ca familia sau aparținătorii săi să fie implicați, încurajați această implicare și:

- negociați între utilizatorul serviciului și familia sau îngrijitorii acestora despre confidențialitate și schimbul continuu de informații
 - explicați modul în care familiile sau îngrijitorii pot sprijini utilizatorul serviciului și pot ajuta la planul de tratament

6.7. Halucinoza organică

6.7.1. Generalități

Simptomatologia neuro-psihiatrică cauzată de boli cerebrovasculare este în general nedagnosticată, dar poate apărea la aproximativ 30% dintre pacienții care supraviețuiesc

unui atac vascular cerebral. Halucinozele organice din cadrul unei psihoze post-AVC sunt relativ rare, estimările fiind în jur de 4%.

Atrofia subcorticală cauzată de deteriorarea sistemului vascular poate cauza apariția unor episoade tranzitorii halucinatorii, care uneori se asociază cu starea confuzională a unui pacient post accident vascular cerebral. Leziuni ale lobului temporal sau a altor emisfere cerebrale, în special cele de emisferă dreaptă și de lob parietal, sunt asociate cu ideile delirante și halucinoze.

Localizarea leziunilor cerebrovasculare care cauzează episoade halucinatorii este variată, cele mai des întâlnite fiind localizate la nivelul emisferei drepte. În cadrul emisferei drepte lobi afectati au fost cel frontal, temporal și respectiv parietal, în proporții relativ egale.

Cel mai comun vas afectat a fost artera medie cerebrală care reprezintă artera cerebrală de cele mai mari dimensiuni, având cel mai mare calibru și lungime. Această arteră reprezintă continuarea arterei carotide interne și prezintă ramuri pentru lobi menționați anterior (ramuri frontale, parietale, și temporale).

Patologiile somatice de tipul neoplasmelor cerebrale, cele de lob occipital sau temporal în particular, pot cauza halucinoze. Lipsa simțurilor, de exemplu persoanele care suferă de cecitate sau surdo-mutitate, pot de asemenea cauza episoade halucinatorii.

Substanțele psihoactive sunt cauze comune ale simptomelor psihotice, incluzând halucinozele. Cele mai comune substanțe sunt alcoolul, halucinogenii indolici (de exemplu LSD, amfetamina, cocaina, mescalina, PCP și Ketamina). Multe alte substanțe cum ar fi steroizii sau thyroxina pot produce episoade halucinatorii.

6.7.2. Diagnostic pozitiv

Diagnosticul halucinozelor organice se susține pe baza simptomelor dominante din cadrul patologiei cauzatoare. În cadrul argumentării diagnosticului patologia care stă la baza halucinozelor va fi completată de simptomatologia dominantă și vor fi incluse în diagnostic (ex: Episod psihotic organic cauzat de o tumoră cerebrală cu halucinoze)

6.7.3. Diagnostic diferențial

Halucinozele organice trebuie diferențiate mai ales de:

- Delirium, în cadrul căruia pacienții au simțurile diminuate sau chiar abolite)
- Demență, în cadrul căreia pacienții au deficiențe intelectuale majore
- Schizofrenie, în cadrul căreia pacienții prezintă tulburări de gândire și capacitate de funcționare afectată
- Tulburări de comportament cu psihoză, în care simptomatologia afectivă este mai pronunțată

6.7.4.Aspecte clinice specifice

Halucinozele pot fi recurente sau persistente și sunt trăite în stare de conștiență completă și vigilitate adecvată. Un pacient care halucinează nu prezintă schimbări semnificative a funcțiilor cognitive.

Pacienții cu halucinoze organice pot să acționeze asupra halucinațiilor ca de exemplu pacientul poate auzi voci care îl amenință, critică sau insultă și care îi transmit să își facă rău sau să le facă rău altora. Acești pacienți sunt periculoși și prezintă risc de suicid sau crimă. Unii pacienți realizează faptul că trăirile halucinatorii sunt false.

Halucinozele se pot manifesta prin mai multe modalități depinzând de simțurile afectate:

- Halucinațiile vizuale pot apărea la persoanele care suferă de cataractă severă (orbire din cauza cataractei) și se pot prezenta sub forma unor scene sau animale liliputane.
- Halucinațiile auditive sunt asociate cu abuzul de substanțe psihoactive și mai pot apărea la persoanele care suferă de surditate. Se prezintă mai des sub forma cântecelor religioase.
- Halucinațiile tactile (ex: senzație de insecte pe sub piele) sunt caracteristice consumului de cocaină.
- Halucinațiile olfactive pot rezulta din epilepsie de lob temporal

6.7.5.Forme clinice

Psihoza post-AVC

Psihoza reprezintă o complicație rară post-AVC. Ca și particularitate diagnostică, pacienții cu psihoza prezintă leziuni fronto-parietale drepte și atrofie subcorticală și convulsii post-AVC. Tratamentul constă în neuroleptice sau anticonvulsivante.

6.7.6.Tratament

Tratamentul de bază constă în identificarea și tratarea condiției medicale cauzatoare. Obiectivul terapeutic este ținut în primul rând spre patologia organică și spre controlul comportamental imediat. Spitalizarea poate fi necesară pentru evaluarea stării pacientului și pentru a se asigura siguranța acestora sau a persoanelor din jurul acestora.

Medicația alopată implică agenți antipsihotici ca de exemplu Olanzapină sau Haloperidol pentru controlul imediat și pe termen scurt al psihozei sau comportamentului posibil agresiv. Benzodiazepinele (ex: Diazepam, Alprazolam, Medazepam) pot fi utile pentru controlul agitației sau a anxietății.

Psihoterapia poate fi utilizată în combinație cu tratamentul medicamentos, dar reprezintă un teritoriu neexplorat la scară largă. Acest fapt este contradictoriu faptului că reabilitarea neuropsihologică și psihoterapia sunt folosite în tratamentul post-AVC respectiv a psihozelor,

sugerând o oportunitate de utilizare ca și tratament non-farmacologic pentru halucinozele organice post-AVC.

Tratamentul halucinozei organice se va realiza la recomandarea consultului de specialitate psihiatric. Se recomanda: neurotrofice cerebrale, timostabilizatoare, antipsihotice.

Terapia de susținere psihologică este recomandată în general dar și în urma consultului psihiatric efectuat în ambulator. Familia are un rol important în supravegherea și susținerea pacientului cu tulburări psihice organice.

6.7.7.Evoluție – prognostic

Rezultatele tratamentului halucinozelor organice post-AVC sunt extrem de favorabile, majoritatea având o rezoluție completă într-un interval de 3-5 luni. Există totuși diferențe între ratele de recuperare comparativ cu pacienții post-AVC fără simptome psihotice asociate, persoanele cu psihoză asociată având dificultăți mai mari de coping cu efectele pe termen lung ale patologiei cerebrovasculare, necesitând asistență mai mare. Mortalitatea la 10 ani este și ea mai ridicată la pacienții cu halucinoze organice post-AVC comparativ cu cei fără simptome psihotice asociate.

Evoluția halucinozei organice este dependentă de evoluția simptomatologiei bolii de bază, afecțiunea neurologică. Simptomele psihotice care complică disfuncția cognitivă fac și mai rezervat prognosticul acestei tulburări

6.7.8.Complicații

Un studiu efectuat pe un lot de pacienți geriatrici internați pentru reabilitare post-AVC arată că prezența halucinațiilor s-a schimbat cu mai puțin de 5% pe parcursul unui an, sugerând că simptomatologia psihotică este stabilă peste timp. Același studiu sugerează că pacienții cu halucinoză organică post-AVC care nu au putut fi externați și obișnuiți cu viața independentă, au suferit de un număr mult mai mare de episoade halucinatorii și idei delirante.

Un alt studiu arată că în comparație cu pacienții fără simptomatologie psihiatrică post-AVC, pacienții cu halucinoză organică asociată aveau o rată de mortalitate cu 51% mai mare.

Complicații multiple pot apărea secundar afecțiunii neorologice de la repetarea accidentului vascular până la exitus prin neglijarea tratamentelor sau investigațiilor în vederea diagnosticării altor suferințe somatice. Cea mai severă dintre complicații este demența vasculară care determină scăderea funcționalității cu dependență de altă persoană.

6.7.9.Prevenție terțiară

- Tratamentul tulburărilor neuropsihiatrice post-AVC are potențialul de a îmbunătăți rezultatul tratamentului și calitatea vieții pacientului

Când lucreți cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- încercați să le încurajați autonomia, promovați participarea activă la deciziile de tratament și susțineți-le autogestionarea
- mențineți continuitatea relațiilor terapeutice individuale ori de câte ori este posibil
- oferiți-le accesul unui avocat instruit

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală, familia, sau aparținătorii acestora:

- asigurați-vă că sunteți ușor de identificat (de exemplu, purtând o identificare adecvată) și abordabil
- adresați-vă utilizatorilor serviciului folosind numele și titlul pe care îl preferă
- explicați clar orice limbaj clinic și verificați dacă utilizatorul serviciului înțelege ce i-ați spus
- luați în considerare nevoile de comunicare, inclusiv cele ale persoanelor cu dizabilități de învățare, probleme de vedere sau de auz sau dificultăți de limbaj și oferă interpreți independenți (cum ar fi cineva care nu are o relație cu utilizatorul serviciului) sau mijloace de comunicare (cum ar fi utilizarea imaginilor, simbolurilor, litere mari, Braille, limbi diferite sau limbajul semnelor) dacă este necesar.

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- asigurați-vă că discuțiile au loc în locuri în care confidențialitatea, intimitatea și demnitatea sunt respectate
- fiți clar cu utilizatorii de servicii cu privire la limitele confidențialității (cum ar fi faptul că serviciile de sănătate și cele sociale au acces la informații despre diagnosticul lor și tratamentul lor și în ce circumstanțe aceste informații pot fi împărtășite cu alții)

Consiliile furnizorilor de asistență medicală și socială ar trebui să colaboreze cu autoritățile locale și cu toate celelalte localități, organizații cu interes pentru sănătatea mintală (inclusiv servicii sociale, alte spitale, sectorul al treilea, care ar include voluntariat, organizații, grupuri de presă și mass-media locale și angajatori locali) să dezvolte o strategie de combatere a stigmatizării în comunitate și cu problemele de sănătate mintală și utilizarea serviciilor de sănătate mintală.

Discutați cu persoana care utilizează servicii de sănătate mintală dacă și cum își dorește ca familia sau aparținătorii să se implice în îngrijirea lor. Astfel de discuții ar trebui să aibă loc la intervale de care să se țină cont orice schimbări de circumstanțe și nu ar trebui să se întâmple o singură dată. Deoarece implicarea familiilor și a aparținătorilor poate fi destul de complexă, personalul ar trebui să primească instruire cu privire la abilitățile necesare negocierii și să lucreze cu familiile și aparținătorilor, precum și în gestionarea problemelor legate de schimbul de informații și confidențialitate.

Dacă persoana care folosește servicii de sănătate mintală dorește ca familia sau aparținătorii săi să fie implicați, încurajați această implicare și:

- negociați între utilizatorul serviciului și familia sau îngrijitorii acestora despre confidențialitate și schimbul continuu de informații
- explicați modul în care familiile sau îngrijitorii pot sprijini utilizatorul serviciului și pot ajuta la planul de tratament
- asigurați-vă că niciun serviciu nu este retras din cauza implicării familiei sau a aparținătorilor, cu excepția cazului în care acest lucru a fost clar convenit cu utilizatorul serviciului și familia sau aparținătorii acestuia.

Dacă persoana care utilizează servicii de sănătate mintală dorește ca familia sau îngrijitorii săi să fie implicați, dați informații verbale și scrise despre familie sau îngrijitori despre:

- problema (problemele) de sănătate mintală cu care se confruntă utilizatorul serviciului și tratamentul acestuia,
- sectorul statutar și al treilea, inclusiv grupuri și servicii de sprijin locale și voluntare în mod specific pentru familii și îngrijitori și cum să le acceseze
- dreptul lor la o evaluare formală a îngrijitorului asupra propriilor nevoi de sănătate fizică și mentală.

Dacă utilizatorul serviciului nu dorește ca familia sau îngrijitorii să fie implicați în îngrijirea lor:

- solicitați consimțământul de la utilizatorul serviciului și, dacă sunt de acord, acordați familiei sau aparținătorilor informații verbale sau scrise cu privire la problema (problemele) de sănătate mintală cu care se confruntă utilizatorul serviciului ,
- să ofere familiei sau îngrijitorilor informații despre sectorul legal și al treilea, inclusiv voluntar, grupuri și servicii locale de sprijin special pentru familii sau îngrijitori și modalități de acces la aceste grupuri
- spuneți familiei sau aparținătorilor despre dreptul lor la o evaluare formală a asupra propriului lor fizic ,sănătății mintale
- luați la cunoștință că anumiți utilizatori ai serviciilor pot fi ambivalenți sau negativi în legătură cu familia lor din diferite motive, inclusiv ca rezultat al bolii mentale, sau ca rezultatul unor evenimente traumatizante trăite, de tipul violenței sau abuzului

6.8. Tulburare delirantă organică

6.8.1.Generalități

Accidentul vascular cerebral și psihozele sunt cunoscute ca fiind printre cele mai invalidante dintre toate condițiile de sănătate. Psihozele sunt deseori excluse din ghidurile de tratament pentru managementul psihiatric post-AVC.

Studiile au raportat o rată a incidenței pe termen lung a psihozei post-accident vascular cerebral constatând o rată de incidență cumulativă de 6,7% pentru tulburări delirante

la persoanele fără tulburări psihiatrice anterioare în ultimii 12 ani după primul accident vascular cerebral

Factorii de risc pentru dezvoltarea tulburării delirante organice post-AVC: hipertensiune, fumat, hiperlipidemie, diabet zaharat de tip 2, hiperhomocisteinemie și aterotromboză;

6.8.2.Aspecte clinice specifice

Informațiile privind localizarea leziunii: leziuni în emisfera dreaptă, leziuni în emisfera stângă, leziuni bilaterale . Regiunile care au fost cel mai adesea afectate includeau regiunile frontale, temporale și parietale drepte, precum și nucleul caudat drept. Dintre cele trei studii care au inclus numai pacienți cu deliruri, unul a constatat că leziunile temporoparietale posterioare drepte erau cele mai frecvente, unul a găsit leziunile la nivelul giroscopiei centrale și regiunile frontotemporale drept cele mai frecvente și unul a raportat iluzii asociate cu nucleul caudat drept. În cele din urmă, studiul care a inclus pacienți cu sindroame delirante de identificare greșită a găsit o asociere între emisfera dreaptă și paramnezia reduplicativă.

6.8.3.Tratament

Tratamentul tulburării delirante organice se va realiza la recomandarea consultului de specialitate psihiatric. Se recomanda: neurotrofice cerebrale, timostabilizatoare, antipsihotice.

Terapia de susținere psihologică este recomandată în general dar și în urma consultului psihiatric efectuat în ambulator. Familia are un rol important în supravegherea și susținerea pacientului cu tulburări psihice organice

6.8.4.Evoluție – prognostic

Evoluția tulburării delirante organice este dependentă de evoluția simptomatologiei bolii de bază, afecțiunea neurologică. Simptomele psihotice care complică disfuncția cognitivă fac și mai rezervat prognosticul acestei tulburări.

6.8.5.Complicații

Complicații multiple pot apărea secundar afecțiunii neurologice de la repetarea accidentului vascular până la exitus prin neglijarea tratamentelor sau investigațiilor în vederea diagnosticării altor suferințe somatice. Cea mai severă dintre complicații este demența vasculară care determină scăderea funcționalității cu dependență de altă persoană.

6.8.6.Prevenție secundară și terțiară

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- încercați să le încurajați autonomia, promovați participarea activă la deciziile de tratament și susțineți-le autogestionarea
- mențineți continuitatea relațiilor terapeutice individuale ori de câte ori este posibil

- oferiți-le accesul unui avocat instruit

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală, familia, sau aparținătorii acestora:

- asigurați-vă că sunteți ușor de identificat (de exemplu, purtând o identificare adecvată) și abordabil
- adresați-vă utilizatorilor serviciului folosind numele și titlul pe care îl preferă
- explicați clar orice limbaj clinic și verificați dacă utilizatorul serviciului înțelege ce i-ați spus
- luați în considerare nevoile de comunicare, inclusiv cele ale persoanelor cu dizabilități de învățare, probleme de vedere sau de auz sau dificultăți de limbaj și oferiți interpreți independenți (cum ar fi cineva care nu are o relație cu utilizatorul serviciului) sau mijloace de comunicare (cum ar fi utilizarea imaginilor, simbolurilor, litere mari, Braille, limbi diferite sau limbajul semnelor) dacă este necesar.

Când lucrați cu persoane care utilizează servicii de sănătate mintală:

- asigurați-vă că discuțiile au loc în locuri în care confidențialitatea, intimitatea și demnitatea sunt respectate
- fiți clar cu utilizatorii de servicii cu privire la limitele confidențialității (cum ar fi faptul că serviciile de sănătate și cele sociale au acces la informații despre diagnosticul lor și tratamentul lor și în ce circumstanțe aceste informații pot fi împărtășite cu alții)

Consiliile furnizorilor de asistență medicală și socială ar trebui să colaboreze cu autoritățile locale și cu toate celelalte localități, organizații cu interes pentru sănătatea mintală (inclusiv servicii sociale, alte spitale, sectorul al treilea, care ar include voluntariat, organizații, grupuri de presă și mass-media locale și angajatori locali) să dezvolte o strategie de combatere a stigmatizării în comunitate și cu problemele de sănătate mintală și utilizarea serviciilor de sănătate mintală.

Discutați cu persoana care utilizează servicii de sănătate mintală dacă și cum își dorește ca familia sau aparținătorii să se implice în îngrijirea lor. Astfel de discuții ar trebui să aibă loc la intervale de care să se țină cont orice schimbări de circumstanțe și nu ar trebui să se întâmple o singură dată. Deoarece implicarea familiilor și a aparținătorilor poate fi destul de complexă, personalul ar trebui să primească instruire cu privire la abilitățile necesare negocierii și să lucreze cu familiile și aparținătorilor, precum și în gestionarea problemelor legate de schimbul de informații și confidențialitate.

Dacă persoana care folosește servicii de sănătate mintală dorește ca familia sau aparținătorii săi să fie implicați, încurajați această implicare și:

- negociați între utilizatorul serviciului și familia sau îngrijitorii acestora despre confidențialitate și schimbul continuu de informații
- explicați modul în care familiile sau îngrijitorii pot sprijini utilizatorul serviciului și pot ajuta la planul de tratament

- asigurați-vă că niciun serviciu nu este retras din cauza implicării familiei sau a aparținătorilor, cu excepția cazului în care acest lucru a fost clar convenit cu utilizatorul serviciului și familia sau aparținătorii acestuia.

Dacă persoana care utilizează servicii de sănătate mintală dorește ca familia sau îngrijitorii săi să fie implicați, dați informații verbale și scrise despre familie sau îngrijitori despre:

- problema (problemele) de sănătate mintală cu care se confruntă utilizatorul serviciului și tratamentul acestuia,
- sectorul statutar și al treilea, inclusiv grupuri și servicii de sprijin locale și voluntare în mod specific pentru familii și îngrijitori și cum să le acceseze
- dreptul lor la o evaluare formală a îngrijitorului asupra propriilor nevoi de sănătate fizică și mentală.

Dacă utilizatorul serviciului nu dorește ca familia sau îngrijitorii să fie implicați în îngrijirea lor:

- solicitați consimțământul de la utilizatorul serviciului și, dacă sunt de acord, acordați familiei sau aparținătorilor informații verbale sau scrise cu privire la problema (problemele) de sănătate mintală cu care se confruntă utilizatorul serviciului ,

să ofere familiei sau îngrijitorilor informații despre sectorul legal și al treilea, inclusiv voluntar, grupuri și servicii locale de sprijin special pentru familii sau îngrijitori și modalități de acces la aceste grupuri

- spuneți familiei sau aparținătorilor despre dreptul lor la o evaluare formală a asupra propriului lor fizic ,sănătății mintale

- luați la cunoștință că anumiți utilizatori ai serviciilor pot fi ambivalenți sau negativi în legătură cu familia lor din diferite motive, inclusiv ca rezultat al bolii mentale, sau ca rezultatul unor evenimente traumatizante trăite, de tipul violenței sau abuzului

6.9. Tulburări ale dispoziției [afective] organice

6.9.1.Generalități

Studiul depresiei este important deoarece este foarte comună, interferează cu reabilitarea, recuperarea și calitatea vieții și este o greutate semnificativă pentru persoanele care se îngrijesc de pacient. Frecvența depresiei post-AVC a fost examinată în numeroase studii și este de aproximativ 10-40%.

Depresia post-stroke este probabil cauzată de o combinație a factorilor biologici, psihologici și sociali:

- Biologici: Leziuni cerebrale – disrupția circuitelor neurale și a neurochimicalelor.
Cauze genetice.
- Psihologici: Lipsa mecanismelor corespunzătoare de coping, de exemplu personalitate nevrotică ”paharul este tot timpul pe jumătate gol”

- Sociali: Dizabilitate, suport social limitat, pierderea independenței pot copleși mecanismele de coping

-

6.9.2.Diagnostic pozitiv

Diagnosticul de depresie post-AVC poate fi dificil datorită:

- Tulburărilor de limbaj: Dificultăți de exprimare sau înțelegere
- Afectarea cognitivă: Anosognozia sau lipsa insight-ului sau lipsă percepției simptomatologiei depresive
- Suprapunerea simptomelor depresiei și a patologiei în sine: mai multe simptome din cadrul depresiei cum ar fi energia vitală scăzută, inapetența, insomnia pot fi regăsite și în rândul pacienților post-AVC care nu prezintă depresie și sunt secundare mediului spitalicesc, folosirea medicației, altor condiții medicale și a AVC-ului în sine (reducerea apetitului, energiei, capacității de concentrare și a somnului).

Criteriile minore ale depresiei din DSM IV necesită prezența a mai mult de 2 simptome depresive dar mai puțin decât 5 incluzând fie dispoziție depresivă sau anhedonia. Dar, criteriile majore ale depresiei conform DSM IV pot fi folosite cu siguranță pentru diagnosticul depresiei post-AVC:

Criteriile majore DSM IV ale depresiei:

Prezența dispoziției depresive cel puțin 2 săptămâni plus cel puțin 4 dintre următoarele:

- Scăderea/Creșterea apetitului sau a greutatei
- Insomnie sau hipersomnie
- Scăderea interesului/plăcerii
- Retard/Agitație psihomotorie
- Energie vitală scăzută
- Sentimente de inutilitate, învinovățire
- Scăderea capacității de concentrare
- Gânduri suicidare

Durata a depresiei majore post-AVC este de aproximativ 9 luni-an, în timp ce durata depresiei minore este de câțiva ani.

Simptome esențiale în depresia organică:

- Depresie persistentă
- Vinovăție
- Pesimism, lipsa speranței
- Anhedonie
- Gânduri suicidare

6.9.3. Aspecte clinice specifice

Puțin este cunoscut despre cursul depresiei majore post-AVC, prevalența variază în timp cu un vârf aparent la 3-6 luni după AVC și o descreștere la aproximativ 50% din ratele inițiale la 1 an. Remisia spontană poate apărea la 1-2 ani. Un număr semnificativ de supraviețuitori AVC pot dezvolta depresie la ore sau zile după eveniment, urmând pattern-ul care este cunoscut clasic ca și depresie reactivă.

În cadrul unui studiu au fost comparați pacienții depresivi cu cei non-depresivi, și s-a descoperit că la majoritatea bolnavilor depresivi erau prezente simptome neuro-vegetative și psihologice ale depresiei. Cu excepția trezirii timpurii, toate simptomele neuro-vegetative și psihologice ale depresiei aveau o frecvență mult mai ridicată în cadrul pacienților cu dispoziție depresivă comparativ cu cei care nu o prezentau. Chiar și când a fost luată în calcul frecvența simptomelor non-specifice în cadrul pacienților non-depresivi, prevalența depresiei majore a scăzut cu doar 2%, de la 23% la 21%.

6.9.4. Forme clinice

Reacțiile catastrofale post-AVC

Reacția catastrofală reprezintă o explozie de emoții, cum ar fi anxietatea, agitația sau plânsul care apar atunci când pacientul nu mai poate executa sarcini facile care în trecut erau desfășurate cu ușurință. Acest lucru nu este rar în rândul pacienților post-AVC: 19% din pacienții post-AVC pot dezvolta reacții catastrofale.

Reacțiile catastrofale sunt asociate cu depresia post-AVC și leziuni la nivelul ganglionului bazal și pot reprezenta un fenomen de descătușare datorat leziunilor subcorticale. Este asociat frecvent cu afazia expresivă.

Tratamentul constă în măsuri profilactice și suportive.

Afectarea afectivității

Alte denumiri: Incontinența afectivă, emoționalitate post-AVC.

Un afect patologic poate fi observat la aproximativ 15% din pacienții post-AVC și este caracterizat de ieșiri frecvente și ușor provocate de râs, plâns care nu sunt corespunzătoare situației în care se află pacientul. Există scale care pot evalua afectul patologic.

Tratament: Antidepresivele și timostabilizatoarele au fost folosite în tratamentul râsului și plânsului patologic, dar este necesară mai multă cercetare în la acești pacienți.

6.9.5. Tratament

Există o părere răspândită că depresia post-AVC este o condiție psihologică. Severitatea efectelor secundare ale psihotropelor sunt luate în considerare de mulți medici, aceștia având o reticență în a prescrie tratament antidepresiv acestor pacienți.

Metodele terapeutice pentru tulburările dispoziției afective pot fi grupate în următoarele categorii:

- Psihoterapie
- Farmacoterapie
- Alte metode terapeutice

Acestea se pot folosi singure sau în asociere în funcție de forma clinică, de evoluția anterioară, de comorbidități, de preferințele pacientului și de disponibilul de personal calificat în a aplica terapiile psihologice.

Indiferent de metoda aleasă, tratamentul trebuie să fie potrivit, eficient, optimal, asociat cu efecte adverse minime și acceptat de pacient.

Obiectivele tratamentului sunt următoarele:

1. remisia tuturor semnelor și simptomelor dispoziției afective
2. reintegrarea ocupațională și psihosocială a pacientului cu tulburări afective
3. reducerea riscului pentru recădere și recurență.

În tratamentul tulburărilor afective forme ușoare și moderate, intervențiile psihologice furnizate de psihologi acreditați reprezintă o alternativă.

Între farmacoterapie și psihoterapie nu sunt diferențe majore în ceea ce privește eficiența; alegerea uneia dintre ele trebuie să se bazeze pe criterii precum prezența contraindicațiilor, accesul la tratament și preferințele pacienților.

Psihoterapia s-a dovedit utilă și în combinație cu terapia medicamentoasă crescând complianța.

Tratamentul psihologic pentru tulburările afective este frecvent recomandat și după eșecul medicației.

Metodele psihoterapeutice cuprind:

1. terapia cognitiv comportamentală (TCC)
2. terapia interpersonală (TIP)
3. terapia prin rezolvarea problemelor ("Problem solving therapy" - PBL)
4. consilierea
5. psihoterapia psihodinamică de scurtă durată
6. terapia psihologică de scurtă durată
7. terapia de cuplu
8. terapia comportamentală.

Dintre acestea, primele 4 constituie metode a căror eficiență a fost dovedită. Liste ale psihoterapeuților cu liberă practică din România pot fi găsite pe site-urile Federației Române de Psihoterapie ((<http://www.psihoterapie.ro/>) și Colegiului Psihologilor din România (<http://www.copsi.ro/>).

Consilierea este un proces sistematic care oferă individului posibilitatea de a explora, defini, clarifica și rezolva probleme, de a lua decizii, de a face față crizelor și de a îmbunătăți

relațiile cu ceilalți. Este un termen generic care descrie o gamă largă de intervenții (psihodinamice, sistemice sau cognitiv - comportamentale) ale unui consilier care lucrează cu pacienții de obicei în medicina primară.

O metaanaliză publicată în 2003 compară eficiența consilierii cu îngrijirile uzuale furnizate de medicii de familie, cu TCC și cu terapia antidepresivă. Pe termen scurt consilierea a dovedit o eficiență clinică mai mare decât îngrijirile uzuale. Acest rezultat nu s-a confirmat pe termen lung.

Consilierea poate fi utilă ca modalitate de tratament în medicina familiei pentru sănătatea mintală deși duce la îmbunătățiri modeste.

6.9.6.Evoluție – prognostic

Cel mai important mesaj este că există dovezi contradictorii în legătură cu factorii de risc ai depresiei post-AVC. Schema de mai jos prezintă acești factori, deși cei listați ca și consecvenți nu apar în proporție de 100%:

- Consecvenți: Istoricul psihiatric, disfazia, suportul social redus
- Controversiali: Vârsta, sex, statutul socio-economic, afectarea activităților zilnice (ADL sau Activities of daily living), localizarea leziunii, volumul leziunii

6.9.7.Prevenție terțiară

Antidepresivele au fost folosite ca și profilaxie pentru prevenirea depresiei post-AVC, afectării fizice și pentru reducerea mortalității.

- Antidepresivele, neurotroficele, stabilizează dezechilibrul chimic.
- Complanța crescută cu bolile vasculare, prevenind recidivele.
- Pot avea un efect asupra activării plachetare mediate de serotonină

Dar, trebuie exercitată prudența atunci când prescriem antidepresivele pacienților post-AVC. Antidepresivele au efecte secundare cum ar fi căderile de la nivel, sângerări crescute, crize convulsive și sedare. Există o nevoie ridicată de a studia mai în detaliu aceste aspecte pentru a defini corespunzător rolul antidepresivelor în prevenția depresiei post-AVC.

- Depresia reprezintă cel mai comun sindrom post-AVC, poate duce la creșterea morbidității și a duratei reabilitării
- Tratamentul tulburărilor neuropsihiatrice post-AVC are potențialul de a îmbunătăți rezultatul tratamentului și calitatea vieții pacientului

6.10. Tulburări anxioase organice

6.10.1.Generalități

Simptomele de anxietate sunt frecvente în urma accidentului vascular cerebral și sunt adesea asociate cu depresia. Anxietatea după accident vascular cerebral/atac ischemic tranzitoriu este predominant fobică și este asociată cu rezultate intelectuale mai slabe ale

pacientului. Frecvența tulburărilor de anxietate generalizată în accidentul vascular cerebral acut este de aproximativ 25%. Tulburarea de anxietate generalizată după accident vascular cerebral a fost legată de abuzul de alcool anterior. O combinație de anxietate și depresie este mai frecventă după accident vascular cerebral cortical stâng, în timp ce anxietatea fără depresie este observată în principal în urma leziunilor din emisfera dreaptă. Au existat foarte puține studii în special de tratamente pentru simptome de anxietate după accident vascular cerebral.

6.10.2.Diagnostic pozitiv

- Criteriile DSM IV ale Anxietății secundare unei cauze medicale generale
- Sindrom de anxietate generalizată: Stare de îngrijorare prezentă de cel puțin 6 luni + 3 alte simptome (neliniște, iritabilitate, energie scăzută, concentrare scăzută, tensiune musculară, calitate scăzută a somnului)

6.10.3.Aspecte clinice specifice

Corelații anatomice:

Pacienții anxios-depresivi au avut o frecvență mai înaltă a leziunilor corticale decât pacienții depresivi

Pacienții depresivi au arătat o frecvență mai mare a leziunilor subcorticale decât grupul anxios-depresiv

Tulburarea anxios-depresivă a fost asociată cu leziuni corticale stângi și anxietatea de sine stătătoare a fost asociată cu leziuni ale emisferei drepte.

Anxietatea pură a fost descoperită a fi asociată cu leziuni ale emisferei drepte și tulburarea anxios-depresivă cu leziuni ale emisferei stângi.

La 3 ani după AVC, sindromul de anxietate generalizată a fost asociată cu atrofie corticală și subcorticală.

6.10.4.Tratament

Nu există studii sistematice asupra tratamentului anxietății post-AVC. Singurele informații disponibile sunt de la tratamentul idiopatic al tulburărilor anxioase. SSRI-urile ca primă linie de tratament, iar benzodiazepinele ar trebui să fie evitate. Dar, dacă sunt folosite, ar trebui să fie limitate pe o anumită perioadă de timp.

6.10.5.Complicații

- Afectarea activităților zilnice asociată cu sindrom de anxietate generalizată atât în stadiul acut cât și cronic
- Pacienții cu tulburare anxioasă au afectare mai severă a activităților zilnice comparativ cu cei afectați doar de depresie

- Asocierea dintre depresie post-AVC și sindrom de anxietate generalizată a produs o durată mai lungă a depresiei decât la pacienții care aveau doar tulburare depresivă la diagnostic. Această perioadă prelungită a depresiei poate să ducă la rândul ei la o condiție fizică mai slăbită și poate avea consecințe sociale.

6.10.6.Prevenție terțiară

- Anxietatea, la fel ca și depresia reprezintă cel mai comun sindrom post-AVC, poate duce la creșterea morbidității și a duratei reabilitării
- Tratamentul tulburărilor neuropsihiatrice post-AVC are potențialul de a îmbunătăți rezultatul tratamentului și calitatea vieții pacientului

6.11. Tulburări cognitive ușoare

6.11.1.Generalități

Prevalența afectării cognitive post-AVC la supraviețuitorii AVC este mare și variază în funcție de criteriile de diagnostic. Atât factorii demografici precum vârsta, educația și ocupația, cât și factorii vasculari cresc riscul de afectare cognitivă post-accident vascular cerebral. Deficitul cognitiv ușor post-accident vascular cerebral ar putea fi indusă de mecanisme incluzând VCI datorită leziunilor neuroanatomice din zonele strategice și CMBs ca urmare a bolilor cerebrovasculare mici și a AD mixt cu accident vascular cerebral. Gena de risc APOE ε4 este asociată atât cu AD, cât și cu VCI. Au fost dezvoltate strategii generale pentru gestionarea pacienților cu Deficitul cognitiv ușor post-accident vascular cerebral nu beneficiază doar de aplicarea tratamentelor anti-demență, ci și de măsurile care se concentrează asupra bolilor cerebrovasculare. Datorită rezultatelor conflictuale ale studiilor clinice, studiile ulterioare trebuie încă să determine eficacitatea diferitelor strategii de terapie.

6.11.2.Diagnostic pozitiv

Diagnosticul de deficit cognitiv ușor se stabilește în contextul prezenței unei deteriorări cognitive care nu afectează activitățile și funcționalitatea zilnică a individului. Aceasta se manifestă prin capacitatea individului de a-și menține un loc de muncă, de a avea hobby-uri sau capacitatea de a își menține rolul în familie ca tată, bunic sau soț.

Criteriile de diagnostic folosite pentru deteriorarea cognitivă ușoară au fost elaborate de către Peterson și colab. săi în 1999 și sunt:

- acuze subiective referitoare la memorie, preferabil coroborate cu mărturia unui apropiat;
- funcții mnezice anormale;
- cel mai important, capacitate cognitivă generală normală;
- activități cotidiene normale (în mare)
- absența demenței

6.11.3. Aspecte clinice specifice

Deficitul cognitiv ușor a fost definit ca fiind starea clinică caracterizată prin declin al funcției cognitive mai mare decât declinul așteptat pentru o anumită vârstă și pentru un nivel educațional, care nu interferează cu activitățile zilnice ale individului.

Deficitul cognitiv ușor se referă la starea clinică definită prin:

1. tulburări de memorie menționate de către pacient, familie și medic
2. activități zilnice cotidiene normale
3. funcție cognitivă globală normală
4. afectarea memoriei sau a altor funcții cognitive
5. scorul CDR este de 0.5
6. vârsta între 60 și 89 de ani

6.11.4. Forme clinice

Deficitul cognitiv amnesthic este caracterizat prin tulburări ale memoriei observate atât de către anturaj cât și de către subiect iar activitățile zilnice cotidiene nu sunt afectate. Deficitul cognitiv ușor amnesthic este considerat la ora actuală un stadiu prodromal al demenței Alzheimer.

Deficitul cognitiv nonamnesthic a cărui caracteristică este lipsa afectării memoriei. Acest subtip al deficitului cognitiv ușor este frecvent asociat cu bolile cerebrovasculare conform unor studii efectuate în clinici de memorie care au demonstrat asocierea deficitului cognitiv nonamnesthic cu markeri specifici afecțiunilor vasculare. De asemenea unii autori consideră că acest tip de deficit cognitiv este precursor al demenței cu corpi Lewi.

Deficitul cognitiv ușor cu afectarea unui singur domeniu atât deficit amnesthic sau non-amnesthic prezintă o rată de reconversie la statusul cognitiv normal asociat vârstei comparativ cu deficitul cognitiv ușor cu afectarea mai multor domenii a cărui rată de conversie la demență este crescută.

Deficitul cognitiv ușor cu afectarea mai multor domenii cognitive (multiple domain) poate să fie atât amnesthic cât și nonamnesthic.

Deficit cognitiv ușor probabil pacienții îndeplinind următoarele criterii de diagnostic:

- pacienții și familiile lor acuză tulburări cognitive
- absența vreunei afecțiuni psihiatrice sau neurologice care ar putea să determine apariția acelor tulburări cognitive

Deficit cognitiv ușor posibil, diagnosticat în cazul în care pacienții îndeplinesc următoarele criterii de diagnostic:

- nici pacienții și nici familiile lor nu acuză tulburări cognitive
- prezența în antecedentele personale ale individului a unei afecțiuni neurologice, sau psihiatrice sau o afecțiune sistemică care ar putea explica deficitul cognitiv prezent

sau

- s-a efectuat o evaluare neuropsihologică incompletă pentru stabilirea diagnosticului de deficit cognitiv ușor posibil se recomandă efectuarea 5 măsurători neuropsihologice și a cel puțin 3 domenii cognitive, dintre care unul să fie Memoria, pentru ca evaluarea să fie completă.

6.11.5.Tratament

Tratamentul adecvat al declinului cognitiv ușor include tratament nonfarmacologic și farmacologic. Tratamentul farmacologic se împarte în tratamentul factorilor de risc și tratamentul farmacologic al simptomelor cognitive.

Tratamentul nonfarmacologic

Activitatea fizică Exercițiile fizice regulate par să aibă rol în ameliorarea tulburărilor de memorie ale persoanelor peste 50 de ani care suferă un declin ușor al funcțiilor cognitive, numeroase studii au demonstrat că persoanele vârstnice care au participat cu regularitate la activitățile din timpul liber, activități care solicită un efort mental, au redus riscul de demență.

Cititul, jocul de șah sau de table, cântatul la un instrument muzical și dansul, pot fi utile, dar cel mai probabil poate fi benefic orice hobby care menține creierul în activitate.

Dieta Stilul de viață și dieta sunt factori care pot influența apariția tulburărilor cognitive, inclusiv a demențelor. Cercetări recente au demonstrat că dieta are un rol major în prevenția tulburărilor cognitive. Indivizii vârstnici care urmează o dietă mediteraneană au mai puține riscuri de a dezvolta deficit cognitiv ușor, iar cei cu deficit cognitiv ușor au risc scăzut de a evolua spre demență.

Dieta mediteraneană este considerată la ora actuală dieta cea mai sănătoasă datorită aportului mare de fructe și legume proaspete. Dieta mediteraneană are la bază cereale integrale, legume, fructe, nuci crude (inclusiv caju, migdale, alune de pădure crude), pește, brânzeturi fermentate, iaurt sau lapte fermentat (preferabil de capră) și ulei de măsline extravirgin, aportul acizi grași saturați și de carne fiind redus. Vinul roșu apare și el în cadrul acestei diete fiind însă limitat la consumul unui singur pahar pe zi.

Dieta mediteraneană conține cantități importante de beta-caroten, vitamina C, tocoferoli și tocotrienoli (vitamina E), polifenoli și minerale esențiale, precum seleniu, magneziu, zinc, fier, calciu și iod. Dieta mediteraneană îmbunătățește metabolismul carbohidraților și reduce semnificativ glicemia, nivelul insulinei serice precum și rezistența la insulină, ceea ce explică beneficiile sale în scăderea incidenței deficitului cognitiv ușor. Dieta mediteraneană are efect antioxidant, scade nivelul colesterolului seric, previne ateroscleroza, bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, osteoporoza și fracturile osoase. Isoflavonoidele conținute de soia par a avea efecte favorabile asupra cogniției la vârstnici. Spre deosebire de aceasta și de dieta vegetariană, dieta bogată în colesterol are efecte negative asupra funcțiilor cognitive, două studii recente au demonstrat legătura dintre nivelul seric crescut de colesterol și riscul dezvoltării demenței

Alzheimer. Descoperirile inițiale ale studiului sugerează că anumite componente ale dietei, inclusiv uleiul de măsline, făinoasele și vinul roșu protejează creierul de îmbătrânire încetinind declinul mental probabil prin reducerea inflamației vaselor de sânge.

Cercetătorii au concluzionat că aderența crescută la dieta mediteraneană are un risc redus de dezvoltare a deficitului cognitiv ușor, la rândul lor pacienții cu deficit cognitiv ușor au un risc mai scăzut de progresie spre demența Alzheimer.

Stimularea cognitivă. Stimularea cognitivă este folosită la pacienții cu deficit cognitiv ușor, la cei cu demență în stadiu incipient și în formele moderate de demență. Stimularea cognitivă constă în diferite exerciții care au rolul de a stimula anumite funcții cognitive: memoria, concentrarea, atenția, limbajul, funcția executivă, orientarea temporo-spațială și abilitățile vizuale și constructive. Scopul stimulării cognitive este de a încetini rata declinului cognitiv al indivizilor prin întârzierea pierderilor abilităților și îmbunătățirea capacității de a efectua activitățile zilnice, astfel este menținută și independența individului. Un al doilea scop al stimulării cognitive este de a crește stima de sine prin creșterea încrederii în forțele proprii și astfel pacientul fiind motivat să efectueze și activități care presupun un anumit efort cognitiv.

Terapia prin artă Terapia prin artă a fost aplicată atât persoanelor mai tinere cât și celor vârstnice diagnosticate cu deteriorare cognitivă, atât ca terapie de grup cât și ca terapie individuală. Terapia prin artă este o formă de terapie nonverbală care folosește imaginația vizuală și îi dă posibilitatea individului să-și exprime ideile și sentimentele pe care nu le poate exprima în cuvinte, fiind folosite de indivizii cu tulburări de limbaj. Terapia prin artă utilizează creația artistică a individului (desen, pictură, sculptură) și fără a se ocupa de calitatea și aspectul lucrării finale permite exprimarea imaginilor interioare ale pacientului.

Numeroase studii au sugerat rolul protectiv al diverselor activități sociale și/sau intelectuale (de exemplu: cititul, dansul, grădinaritul, călătoriile, învățarea unei limbi străine, cântatul la diverse instrumente, rezolvarea de puzzle sau orice alt tip de activitate care presupune planificare și inițiativă) asupra funcției cognitive, deteriorării cognitive ușoare sau demenței

Tratamentul alternativ

Termenul de terapii alternative (terapie complementară) se referă la tratamentele care folosesc metode naturiste pentru a rezolva diferite probleme de sănătate. În ultimul timp terapiile alternative au luat amploare, fiind utilizate ca o alternativă eficientă la medicina clasică.

Extracțele din rădăcina de *Rhodiola-rosea* au efect asupra a numeroase funcții fiziologice inclusiv nivelul neurotransmițătorilor, activitatea sistemului nervos central și asupra funcției cardiovasculare. Extracțele sale (alcaloizi bioactivi, polifenoli, fenilpropanoizi inclusiv tirozol, rosavin, rosin și rosin) au efecte complexe asupra funcțiilor cerebrale; dintre acestea amintim: stimularea cognitivă, îmbunătățirea memoriei, procesului de învățare și capacității de

abstractizare. Efectele Rhodioliei-Rosea sunt augmentate de asocierea cu Piracetam sau ginseng.

Ginkgo biloba este folosită în psihiatrie în tratamentul demențelor (atât Alzheimer cât și demențele multiinfarct), în deficitul cognitiv secundar accidentelor vasculare ischemice; datele actuale sugerează că ginkgo biloba are acțiuni asemănătoare inhibitorilor de colinesterază. Studiile au demonstrat rolul Ginkgo bilobei ca antioxidant, antiinflamator, antiagregant plachetar, îmbunătățește circulația cerebrală și de a inhiba formarea β -amiloidului, proteina implicată în formarea plăcilor amiloide la pacienții cu demență Alzheimer.

Deficitul cognitiv ușor asociat vârstei înaintate poate fi ameliorat prin produse “anti-aging” cum ar fi: acizii omega-3, produse naturiste pe bază de plante (vinpocetinum, rhodiola-rosea, ginkgo-biloba), produse trofice cerebrale (Piracetam), antioxidanți (Vitamina E, Vitamina C, Vitamina A, Acid alfa-lipoic, Coenzima Q10).

Tratamentul farmacologic Tratamentul farmacologic al deficitului cognitiv ușor include tratamentul disfuncției cognitive și tratamentul factorilor de risc.

În vederea standardizării tratamentului deficitului cognitiv ușor au fost efectuate numeroase studii clinice utilizându-se multiple clase de medicamente: antioxidanți, antiinflamatoarele nesteroidiene (rofecoxib), nootropele (piracetam), terapia hormonală (estrogenii), alte medicamente care modifică nivelul neurotransmițătorilor (anti-Parkinsoniene) și nu în ultimul rând inhibitorii de colinesterază (donepezilul, rivastigmina și galantamina). Scopul tratamentului deficitului cognitiv ușor este menținerea sau îmbunătățirea funcției cognitive precum și încetinirea evoluției spre demență.

Tratamentul factorilor de risc duce la ameliorarea deficitului cognitiv ușor, conform numeroaselor studii efectuate precum și la întârzierea progresiei deficitului cognitiv, având în vedere faptul că factorii de risc influențează evoluția declinului cognitiv. Tratamentul factorilor de risc include tratamentul hipertensiunii arteriale, hipercolesterolemiei, diabetului zaharat, hipotiroidismului, depresiei, tulburărilor de somn precum și tratamentul altor afecțiuni psihiatrice care pot afecta negativ statusul cognitiv.

Antioxidanții (Vitamina E, Vitamina C, Vitamina A, Acid alfa-lipoic, Coenzima Q10) sunt substanțe care protejează celulele nervoase de stresul oxidativ cu rol în apariția simptomelor cognitive, dar nu există dovezi că aceștia au rol în stoparea progresiei deficitului cognitiv spre demență.

Vitamina E are proprietăți antioxidante, studiile de laborator pe animale au demonstrat capacitatea vitaminei E de a lega radicalii liberi având astfel rol prevenția și managementul tulburărilor cognitive. Rezultatele unui studiu publicat în 2005 au arătat că administrarea de vitamina E (400UI/zi sau chiar mai mult) și vitamina C (cel puțin 500mg/zi acid ascorbic) reduc semnificativ incidența și prevalența demenței. Administrarea de Selegilina și Vitamina E

întârzie instituționalizarea, progresia din stadiul de demență moderată în demență severă, pierderea abilității de a efectua activități zilnice.

Nootropele sunt trofice cerebrale, având rolul de a îmbunătăți memoria și funcționarea cerebrală. Piracetamul este cel mai folosit agent nootrop, îmbunătățește performanța la testele cognitive, crește fluiditatea membranei celulare, și-a dovedit eficacitatea în demență și în deteriorarea cognitivă ușoară. Doza de piracetam folosită pentru declinul cognitiv este de 1600mg/zi.

Antiinflamatoarele au rol în reducerea inflamației la nivelul creierului, implicată în fiziopatologia tulburărilor cognitive, antiinflamatoarele contribuie la reducerea riscului de apariție a deteriorării cognitive. Cercetători și clinicieni au demonstrat că indivizii care au consumat antiinflamatoare au un risc redus de demență, conform unui studiu efectuat administrarea de antiinflamatoare nonsteroidiene (ibuprofen) administrat timp de 2 ani a scăzut riscul de demență Alzheimer. Alte studii au demonstrat eficacitatea aspirinei și acetaminofenului. Celebrexul și rofecoxibul (inhibitori de ciclooxigenaza 2) nu au avut efecte comparabile cu administrarea ibuprofenului.

Terapia de substituție hormonală în deteriorarea cognitivă ușoară Terapia de substituție hormonală după menopauză poate să prevină multiple simptome ale îmbătrânirii: osteoporoza, manifestările bolilor cardiovasculare și declinul funcțiilor cognitive. Terapia de substituție hormonală are beneficii asupra simptomelor mai sus menționate, asupra funcției cognitive estrogenul are efect neuroprotectiv prin scăderea eliberării de radicali liberi, reducerea apoptozei neuronale și modularea expresiei genice a Apolipoproteinei.

Controlul factorilor de risc cardiovasculari

Hipertensiunea arterială este un factor de risc pentru apariția deficitului cognitiv ușor. Mecanisme multiple au fost propuse pentru a explica legătura dintre hipertensiunea arterială și apariția deficitului cognitiv ușor. Hipertensiunea arterială poate cauza deficit cognitiv ușor prin bolile cerebrovasculare pe care le produce.

Studii epidemiologice au demonstrat asocierea factorilor de risc vasculari și declinul cognitiv. Rezultatele a trei studii au demonstrat rolul tratamentului hipertensiunii în reducerea riscului deficitului cognitiv la persoanele vârstnice care nu suferă de demență.

Studiul randomizat Syst-Europe în care au fost înrolați 2418 subiecți cu hipertensiune sistolică și a demonstrat o reducere cu 50% a cazurilor de demență după 2 ani de tratament comparativ cu lotul martor. Prin extrapolare a acestor rezultate dacă 1000 de hipertensivi sunt tratați timp de 5 ani, 19 cazuri de demență ar putea fi prevenite. Un alt studiu pacienții cu cel mai bun răspuns la tratamentul antihipertensiv în termenul reducerii tensiunii diastolice au avut o reducere semnificativă la 2 teste cognitive. tratamentul bolii de bază se face ținându-se cont de eventualele efecte secundare. De exemplu alegerea antihipertensivului este importantă ținând cont că agenții betablocanți se asociază cu exagărarea deficitului cognitiv, pe când blocații enzimei de conversie a angiotensinei și diureticele nu se asociază cu exagărarea

deficitului cognitiv reușind să reducă hipertensiunea arterială fără afectarea fluxului sanguin cerebral (fluxul cerebral fiind prezumat că se corelează cu funcția cognitivă). Terapia în demența vasculară are în vedere îndepărtarea factorilor de risc și tratarea bolii de bază (antiagreganți plachetari, antihipertensive). Vasculotropicele utilizate sunt: vasodilatatoare cerebrale (pentofilin, pentoxifilin, nicergolin), medicamente metabolice și vasculare (dihidroergotoxina, cinnarizin, lecitina, aslavital).

Statinele

Hipercolesterolemia crește riscul de apariție a bolilor cardiovasculare și dementiei prin stimularea producerii de amiloid. Statinele scad nivelul colesterolului seric și au efect de stimulare a metabolismului β -amiloidului prin activarea α -secretazei. Studiile clinice au arătat îmbunătățirea funcției cognitive după tratamentul cu statine (simvastatin, atorvastatin și pravastatin).

Tulburările de memorie sunt simptome frecvente ale depresiei. Condițiile de stres determină instalarea depresiilor, depresia netratată constituind un factor major de risc al deficitului cognitiv lejer și al bolilor de memorie. Revizuirea datelor din literatură sugerează că depresia poate să fie un factor de risc pentru deteriorarea cognitivă ușoară. În România, se constată o prevalență mai mare a depresiei la bărbați (54,55%) față de femei (45,45%). Cu toate acestea, femeile sunt mai afectate decât bărbații pe segmentele de vârstă 60 - 69 de ani, 70 - 79 și peste 80 de ani. Asocierea tulburărilor de somn și deficitului cognitiv a fost demonstrată de multiple studii. La pacienții cu tulburări de somn riscul deficitului cognitiv este mai mare dacă aceștia sunt purtători de ApolipoproteinaE.

În prezent sunt numeroase studii în desfășurare care încearcă să dovedească folosirea anumitor terapii în tratamentul deteriorării ușoare – administrarea antidiabeticelor orale: rosiglitazona, agenți nootropi: nicotina, levodopa și receptori de glutamat. Nu există rezultate disponibile la ora actuală a acestor studii

Inhibitorii de colinesterază

Inhibitorii de colinesterază sunt în mod tipic folosiți pentru a trata stadiile precoce și ușoare ale demenței. Tratamentul demenței Alzheimer ar putea fi extrapolat și folosit pentru tratamentul deficitului cognitiv ușor. Inhibitorii de colinesterază sunt donezepilul (AriceptR), rivastigmina (Exelon R), galantamina (Reminyl R) și tacrine (Cognex). Datorită deficitului de acetilcolină, demonstrat ca având rol în apariția simptomelor cognitive inhibitorii de colinesterază îmbunătățesc memoria și funcțiile cognitive prin creșterea nivelului acetilcolinei. Progresia simptomelor poate fi întârziată cel puțin un an, inhibitorii de colinesterază sunt bine tolerați, administrarea donezepilului și rivastigminei au fost asociate cu îmbunătățirea memoriei și gândirii la pacienții care au primit medicație comparativ cu cei din lotul martor care au primit placebo.

Donezepilul (Aricept) a devenit cel de al doilea medicament acceptat pentru demență. Donezepilul este un inhibitor reversibil de colinesterază înalt selectiv pentru sistemul nervos central, de tip piperidinic. Eficacitatea terapiei cu donezepil a fost demonstrată de multiple studii, dublu-orb, placebo controlate, multicentrice, atât în funcționalitatea, comportamentul și performanța cognitivă a subiecților diagnosticați cu demență ușoară sau moderată (Rogers S. L., Friedhoff L.T. 1998). Beneficii asupra simptomelor cognitive au fost demonstrate și la pacienții cu deficit cognitiv ușor, într-un studiu placebo controlat tratamentul cu donezepil a determinat scăderea ratei de progresie spre demență în primele luni de tratament. Donezepilul se administrează în doză unică, dimineața sau seara, de obicei doza inițială este de 5 mg/zi, după 4-6 săptămâni dacă este bine tolerată doza poate fi crescută la 10 mg/zi. Donezepilul nu are efecte adverse semnificative la nivelul funcției hepatice și nu există nici interacțiuni medicamentoase semnificative.

Rivastigmina (Exelon), inhibitor de colinesterază noncompetitiv, acționează prin blocarea acetilcolinesterazei și butirilcolinesterazei. Prin blocarea acestor enzime, Exelon permite creșterea concentrației de acetilcolină în creier, ajutând astfel la reducerea simptomelor cognitive. Rivastigmina se administrează în doze progresiv crescând, începându-se cu o doză de 1,5mg/zi, iar după 2 săptămâni doza este crescută la 3mg/zi, apoi la 2 săptămâni se crește doza la 6mg/zi, respectiv 12mg/zi după alte 2 săptămâni. Administrarea rivastigminei în studiile clinice a demonstrat apariția unor efecte adverse gastrointestinale: greață, vărsături, anorexie și scădere ponderală. Aceste efecte adverse pot fi reduse prin administrarea unor doze progresiv crescând, doza fiind administrată în timpul mesei. Tratamentul cu rivastigmină s-a dovedit eficient și mai bine tolerat prin aplicarea unui patch transdermic cu doze de 4,6mg/zi sau 9,5mg/zi.

Galantamina este un alcaloid terțiar derivat din familia Amyryllidaceae, care include narcisele și ghioceli. Galantamina a fost folosită în medicina populară în Rusia și Europa de Est pentru îmbunătățirea tulburărilor de memorie ale vârstnicilor. Galantamina este un inhibitor reversibil de colinesterază care acționează prin legarea de partea activă a acetilcolinesterazei, inhibând astfel enzima, aditional galantamina are proprietăți agonist nicotinic, acțiunea duală a galantaminei la nivelul receptorilor îmbunătățește impactul acetilcolinei. Studiile au demonstrat eficacitatea galantaminei administrată asupra funcțiilor cognitive, simptomelor comportamentale și funcționale. Dozele de galantamină recomandate sunt între 16 și 24mg/zi, administrate în doze divizate, inițierea se face cu o doză de 4 mg, crescându-se progresiv din 4 în 4 săptămâni până la 24 mg/zi. Efectele adverse observate consecutiv administrării galantaminei sunt consecința stimulării colinergice excesive și sunt greață, vărsături, diaree și insomnie.

Au fost studiați și alți inhibitori de colinesterază - velnacrinul și eptastigmina - care au fost asociați cu efecte adverse semnificative înainte de includerea lor pe piață.

În prezent nu există tratament standardizat pentru deficitul cognitiv ușor. Clinicienii ar trebui să sfătuiască pacienții să-și mențină un stil de viață sănătos. Atât pacienții cât și aparținătorii trebuie avertizați cu privire la riscul crescut de demență, complianța la tratament și modificarea stilului de viață pot încetini evoluția bolii.

Prin menținerea vârstnicului la un nivel de funcționalitate maximă cât mai mult timp posibil, prin depistarea precoce și în consecință tratarea unor deficite cognitive ușoare, prin menținerea unui suport social de calitate se va îmbunătăți situația economică: prin scăderea cheltuielilor de îngrijire a vârstnicului, mai ales că procentul de pacienți vârstnici va crește în viitor. De aceea este foarte important să îmbunătățim calitatea vieții persoanei vârstnice, astfel încât aceasta să se mențină sănătoasă și funcțională cât mai mult timp posibil, pentru a se evita instituționalizarea.

6.11.6.Evoluție – prognostic

Deficitul cognitiv ușor de obicei are o evoluție progresivă spre agravare și instalarea demenței, în cele mai multe cazuri demență Alzheimer dar și alte forme de demență: vasculară, cu corpi Lewi. Rata de progresie a deficitului cognitiv ușor este de 10-17 % în decursul unui an și poate să ajungă până la 100% în 10 ani. Studiile populaționale efectuate au demonstrat că evoluția deficitului cognitiv nu este doar înspre agravare, existând un procent de aproximativ 20-25% dintre pacienți la care în urma tratamentului s-a observat regresia deficitului cognitiv.

În funcție de tipul deficitului cognitiv ușor acesta se poate deteriora instalându-se demența de diferite tipuri. Deficitul cognitiv amnesthic cu afectarea unui singur domeniu este un precursor al demenței Alzheimer.

Deficitul cognitiv amnesthic cu afectarea mai multor domenii cognitive progresează de obicei spre demență de tip vascular.

Demența frontotemporală este în cele mai multe cazuri precedată de deficitul cognitiv ușor nonamnesthic cu afectarea unui singur domeniu (non-amnesthic single domain) iar deficitul cognitiv ușor nonamnesthic cu afectarea mai multor domenii este precursorul demenței cu corpi Lewi.

Evoluția deficitului cognitiv ușor este influențată de prezența unor comorbidități, de exemplu, depresia este un factor care contribuie la un declin accentuat al funcțiilor cognitive - riscul de progresie spre demență Alzheimer crește cu 3% la fiecare punct al scalei BECK pentru depresie.

6.12. Psihosindromul organic cerebral

6.12.1.Generalități

Sindromul psihoorganic (sau, așa cum se mai numește, psihosindromul organic, sindromul encefalopatic) este o afecțiune psihopatologică cauzată de afectarea organică a creierului (accidente vasculare cerebrale, tumori, etc.) și manifestată prin tulburări ale

afectului, tulburări de memorie și inteligență. Orice deteriorare fizică, chimică sau mecanică a neuronilor creierului poate duce la tulburări psihoorganice. În consecință, există o mulțime de motive din cauza cărora se poate dezvolta un psihosindrom organic cerebral. Termenul de psihosindrom organic cerebral se referă în literatură atât la tulburarea mentală organică, cât și la tulburarea organică a creierului. Aceasta reflectă dualitatea minte-corp, implică o distincție între cauzele „fizice” și „mentale” ale disfuncției comportamentale-emoționale-cognitive. Prin urmare, multe categorii de diagnostic ale simptomelor psihiatrice rezultate din afecțiuni medicale specifice sunt recunoscute și sunt clasificate de obicei împreună cu alte entități clinice cu manifestări clinice similare.

În funcție de cauză, psihosindroamele cerebrale organice sunt reversibile sau se transformă în forme cronice.

Deoarece țesutul cerebral nu se regenerează într-o măsură apreciabilă, daunele care rezultă în sindromul organic cerebral sunt într-un sens „ireversibile”. Astfel, multe forme de sindrom organic cerebral conduc la o disfuncție permanentă.

6.12.2.Diagnostic pozitiv

Diagnosticul psihosindromului cerebral se bazează pe date anamnestice, rezultatele examinării pacientului, manifestări clinice caracteristice și evoluția în timp a simptomatologiei.

Sindromul este dificil de identificat într-un stadiu incipient, precum și la pacienții vârstnici, deoarece modificările din demența senilă, seamănă cu debutul sindromului psihoorganic cerebral. În funcție de simptomatologie și de datele anamnestice, stabilirea diagnosticului pozitiv se face cu ajutor: neurologic, specialistului infecționist, specialistului în chirurgie vasculară, veneologie, endocrinologie, cardiologie, gastroenterologie.

Metode suplimentare de investigare care permit diagnosticarea finală - teste de sânge și urină, CT și RMN ale creierului, raze X ale craniului, angiografie cu contrast, mielografie, sonografie Doppler, EEG.

Definiția clasică a sindromului este redusă la așa-numita triadă Walter-Bruel:

1. Deficiență de memorie.
2. Scăderea inteligenței.
3. Incontinența afectului (labilitate emoțională).

Combinația celor trei componente face posibilă diagnosticarea sindromului psihoorganic. Simptomele neurologice sunt opționale.

Într-un stadiu incipient, predomină manifestările astenice, afecțiunea se caracterizează prin:

- performanță scăzută;
- epuizare mentală;
- tulburări vegetativ-vasculare;

- labilitate emoțională, manifestată prin iritabilitate sau apatie;
- hipersensibilitate la droguri, alcool, modificări ale tensiunii arteriale.

În același timp, modificările cognitive și a gândirii sunt ne semnificative..

În evoluție, dizabilitățile intelectuale se manifestă, în primul rând, printr-o scădere a stimei de sine a criticilor la evaluarea celorlalți despre sine, nu evaluează corect acțiunile proprii ca fiind bune sau rele. Deficitul cognitiv afectează toate formele ale sindromului psihoorganic, în diferite grade, astfel: hipomnezie de evocare și fixare, confabulația, dificultăți de înregistrare a datelor mnemonice. În sfera gândirii apar dificultăți de abstractizare a informației, deficit de înțelegere și procesare informațională, sărăcirea gândirii; tulburările afective din cadrul sindromului psihoorganic se manifestă de obicei prin oscilații timice, dispoziție depresivă, euforia sau aplatizare afectivă, moria, instabilitate emoțională cu impulsivitate, resentimente; comportamental, poate prezenta dezinhibiție, reducerea severă a activităților, neglijarea propriei persoane, scăderea interesului, acte ilogice, plans facil, neliniște sau agitație psihomotorie în funcție de circumstanțe și/sau de severitatea sindromului.

6.12.3. Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu depresia endogenă și schizofrenia.

6.12.4. Aspecte clinice specifice

Semnele clinice ale sindromului depind de localizarea leziunii:

- în leziunile trunchiului cerebral, simptomele predominante sunt: indiferența, letargia, pasivitatea și, uneori, negativism, limbaj licentios și euforia;
- la nivelul lobilor frontali simptomele predominante sunt: neglijență, conduită hazardată, o tendință spre umor sec.
- când leziunea este localizată în regiunea occipitală sau parietală, simptomele predominante sunt: îngrijorare excesivă, de dureri de cap persistente, vedere încețoșată.

6.12.5. Forme clinice

Formă ușoară a psihosindromului organic cerebral

Într-o formă ușoară, sindromul psihoorganic cerebral se manifestă sub formă de astenie (sindrom astenic), într-un caz sever, poate ajunge la demență sau la conștiința diminuată. Formele ușoare (astenia) sunt adesea reversibile, se rezolvă fără tratament, cu izolare de stimuli externi și odihnă adecvată.

Formă severă de psihosindromului organic cerebral

Un grad sever al sindromului psihoorganic cerebral poate reprezenta o amenințare gravă pentru sănătate (și chiar pentru viață!) Necesită întotdeauna examinare și tratament.

În funcție de manifestările simptomatice, se disting patru tipuri ale sindromului psihoorganic:

Varianta astenică a sindromului psihoorganic cerebral este o forma comuna, principalele simptome sunt: diminuarea stării generale de sănătate, iritabilitate, oboseală fizică și mentală, tulburări ale somnului și apetitului, apatie, fatigabilitate, plans facil. Nu există modificări semnificative ale memoriei și ale inteligenței. Varianta astenică - un indicator al deteriorării grave a creierului.

Varianta euforică a sindromului psihoorganic cerebral se caracterizează printr-o dispoziție elevată, stima de sine crescută și dezinhibiție comportamentală. Deficiențele de memorie pot să fie prezente, dar pacientul nu le recunoaște. Varianta euforică este dovada deteriorării pronunțate a structurii sistemului nervos central.

Varianta explozivă a sindromului psihoorganic cerebral este dominată de dispoziții instabile, ajungând până la agresivitate. Temperamentul coleric este tipic pentru această formă clinică a sindromului. Pacienții dezvoltă decompensări de tip disforic cu iritabilitate și violență verbală sau/si fizică, deosebi în mediul familial sau social apropiat (acasă, colegii la serviciu). Structural la nivelul creierului sunt prezente leziuni pronunțate și funcțional pacientul prezintă o scădere a criticii bolii, pierderea capacității de înregistrare a datelor mnemonice, toleranță redusă la frustrare și iritabilitatea se poate manifesta în orice situație (în transport, pe stradă etc.).

Varianta apatică a sindromului psihoorganic cerebral se manifestă prin dispoziție tristă, apatie, pierderea motivației, îngustarea sferei de interese, pacienții încetează să mai aibă grijă de ei înșiși, duc un stil de viață pasiv, depinzând complet de entourage. Varianta apatică a sindromului psihoorganic este însoțită de tulburări severe de memorie și inteligență.

6.12.6.Tratament

În măsura în care psihosindromul organic cerebral este secundar unei anumite patologii creierului subiacente și în măsura în care această patologie este tratabilă, tratamentul de alegere este o intervenție medicală. În orice caz, pentru diferite forme de sindrom organic cerebral (de exemplu, boala degenerativă), intervenția medicală se poate limita la gestionarea farmacologică a simptomelor legate de problemele comportamentale. Pentru alte subcategorii de psihosindrom organic cerebral, cum ar fi tulburarea cognitivă ușoară până la moderată sau *accidentul vascular cerebral*, medicina oferă tratament specific ameliorării simptomatice, reabilitarea funcțiilor afectate este asigurată de motivația individuală în a depune efortul necesar refacerii, intervenția psihoterapeutică și sprijinul acordat de mediul familial/social, reprezintă principalele ingrediente în ameliorarea consecințelor psihosindromului organic cerebral și întoarcerea individului la nivelul său de funcționare premorbid, cât mai repede posibil.

6.12.7. Evoluție – prognostic

În cazul în care psihosindromul organic cerebral apare secundar unor afecțiuni degenerative, disfuncția se agravează. Dar în multe alte forme, cum ar fi în cazurile de tulburare cognitivă, diverse infecții și *accidente vasculare cerebrale*, atunci când apar în contextul indivizilor altfel sănătoși, unde poate avea loc încă o formă de învățare nouă, poate avea loc îmbunătățirea funcțională.

6.12.8. Complicații

În absența tratamentului corect și în timp util al psihosindromului, apar complicații severe:

- afectarea conștiinței,
- depresie,
- halucinații,
- convulsii,
- derealizare și depersonalizare,
- demență.

Stabilizarea sindromului psihoorganic sau diminuarea simptomelor, sunt rezultate patologice favorabile. Sub influența factorilor psihotraumatici negativi, sindromul se dezvoltă progresiv și atinge demența organică. Pacienții își pierd contactul cu societatea, își pierd abilitățile de auto-îngrijire, devin complet invalizi.

6.13. Impactul COVID 19 asupra funcției neuropsihice

Sechele neuropsihiatrice și cognitive ale COVID-19

Îmbolnăvirea cu virusul COVID-19 poate avea efecte pe termen lung asupra sănătății mentale asupra indivizilor care s-au recuperat în urma bolii. Există o mobilizare globală pentru recunoașterea și planificarea metodelor de tratare a tuturor persoanelor afectate de pandemia globală. Aceasta nu include doar pacienții cu COVID-19 ci și publicul general și angajații din domeniul de sănătate. Există și o nevoie de a înțelege rolul virusului însăși în fiziopatologia tulburărilor mentale și sechelele mentale pe termen lung. Dovezile care apar sugerează că la pacienții cu COVID-19 apar simptome neurologice precum cefaleea, stare de conștiință alterată și parestezii. Urme de edem cerebral și neurodegenerare parțială au putut fi observate și ele în urma efectuării unei autopsii. În plus, există dovezi că virusul are potențialul de a cauza leziuni la nivelul sistemului nervos. Cumulativ, aceste dovezi arată potențialul rol al virusului COVID-19 în producerea unor simptome psihiatrice acute și sechele neuropsihiatrice pe termen lung. Patologiile cerebrale asociate cu infecția cu virusul SARS-COV-2 au potențialul de a avea efecte negative pe termen lung asupra proceselor cognitive. Dovezile de la alte infecții virale

respiratorii, de exemplu sindromul respirator sever acut, sugerează potențiala apariție a tulburărilor psihiatrice, tulburări neuropsihiatrice pe termen lung și probleme cognitive. În această lucrare, vom evalua dovezile disponibile a manifestărilor neuropsihiatrice acute și pe termen lung a infecției cu virusul COVID-19.

Introducere

Coronavirusurile reprezintă virusuri ARN monocatenare care au cauzat 2 pandemii cunoscute: 1) Sindromul respirator acut sever (SARS 2002) și 2) Sindroamele respiratorii ale Orientului mijlociu (MERS 2012). În decembrie 2019, au fost raportate mai multe cazuri de pneumonii atipice din Wuhan, China. A fost identificată o nouă tulpină de coronavirus ca și cauză și a fost denumită de către WHO: Sindrom respirator acut sever 2 (SARS-COV-2). Este recunoscut faptul că coronavirusurile afectează tractul respirator, majoritatea pacienților având simptomatologie minoră asemănătoare unei răceli banale (rinoree, cefalee, strănuturi, stări febrile, pierderea gustului și mirosului, etc.) și că boala este auto-limitată. Dar, dacă virusul ajunge la nivelul tractului respirator inferior la indivizi vulnerabili (de exemplu nou-născuți, oameni vârstnici, persoane imunocompromise) poate cauza forme severe asemănătoare pneumoniei, bronșitei, exacerbărilor asmatică, bronșitelor cronice obstructive (BPOC) și sindroamelor respiratorii acute (ARS), după cum a putut fi observat la SARS, MERS și acum COVID-19. Din păcate, coronavirusul este un virus oportunist și poate evita răspunsurile imune, diseminând și la nivelul altor celule decât celulele epiteliale ale tractului respirator. Mai multe tulpini de coronavirusuri au demonstrat faptul că pot fi neuro-invazive, inclusiv SARS și MERS.

În data de 28 iunie 2020, virusul SARS-COV-2 a infectat peste 10 milioane de persoane la nivel global și numerele continuă să crească. Boala cauzată de SARS-COV-2 este cunoscută ca și boala coronavirus 2019 (COVID-19), care nu se manifestă doar ca și o patologie respiratorie ci are impact cardiovascular, renal și asupra funcțiilor sistemului nervos. Este cunoscut din pandemiile anterioare, ca și gripa Spaniolă și SARS, că infecțiile virale nu au doar efecte acute ci și sechele pe termen lung a bolii în sine dar și efecte sociale din cauza măsurilor guvernamentale ca și carantinarea, distanțarea socială și a închiderii după anumite ore.

Scopul aceste lucrări este înțelegerea fiziopatologiei, posibilelor efecte a infecției SARS-COV-2 asupra creierului și consecințele neuropsihiatrice și cognitive pe termen lung. Înțelegerea consecințelor neuropsihiatrice și cognitive este importantă deoarece milioane de indivizi au fost afectați, o multitudine de persoane nediagnosticate și numărul infecțiilor continuă să crească. Chiar dacă doar la o fracțiune dintre acești indivizi apar complicații neuropsihiatrice, impactul asupra sănătății publice poate fi considerabil. Așadar, este important să înțelegem consecințele neuropsihiatrice și cognitive a COVID-19. În această lucrare vom sublinia cum COVID-19 poate afecta sistemul nervos central (SNC), vom evalua dovezi a efectelor asupra SNC și vom explora posibilele sechele neuropsihiatrice ale infecției COVID-

19. Vom mai discuta diversele complicații neuropsihiatrice și cognitive în urma infecției cu COVID-19 care este posibil să afecteze o mare parte a populației care a fost infectată în antecedente. Acest lucru poate să ducă la o potențială creștere a numărului pacienților cu patologie psihiatrică și/sau cognitivă. Înțelegerea și evaluarea consecințelor cognitive în urma infecției COVID-19 este importantă deoarece poate fi folosită la o estimare a capacității individuale de muncă eficientă, condus, gestionarea finanțelor, participarea în activități familiale cotidiene sau de a face decizii informate. Reabilitarea neuropsihologică corespunzătoare ar putea fi planificată pentru a remedia sau a compensa pentru posibilele deficiențe cognitive a supraviețuitorilor infecției cu COVID-19.

Consecințele neuropsihiatrice sunt probleme neurologice, psihiatrice și cognitive produse de leziuni cerebrale directe, boala în sine sau efecte indirecte asupra SNC printr-un răspuns imun sau terapie medicamentoasă. Manifestările psihiatrice acute ale COVID-19 raportate în sondaje sunt reprezentare de nivel ridicat de stres, anxietate și depresie. Pe termen lung, simptomatologia psihiatrică poate să fie produsă și de consecințele bolii, stigma socială sau amintirile din perioada bolii și amnezia asociată cu terapia intensivă pe care o primesc. Simptomele neurologice acute precum cefaleea, alterarea senzorială, incidente cerebrovasculare acute, convulsiile și ataxia au fost raportate la mai mult de o treime dintre pacienții spitalizați. Apar și raportări a complicațiilor cognitive acute ca și tulburări ale atenției și simptome disexecutive. Dar putem doar specula asupra consecințelor neuropsihiatrice și cognitive pe termen lung a COVID-19.

Fiziopatologia consecințelor neuropsihiatrice și cognitive ale COVID-19

SARS-COV-2 reprezintă un virus nou și mecanismul său fiziopatologic asupra variatelor sisteme fiziologice nu este încă complet înțeles. Dar, multe lucruri pot fi deduse din alte subtipuri de coronavirusuri. Coronavirusurile afectează în primul rând tractul respirator superior dar au mai fost detectate în creier și lichidul cerebrospinal al indivizilor infectați. Există mai multe mecanisme prin care coronavirusurile pot provoca leziuni la nivelul sistemului nervos. Acestea includ leziuni directe ale infecției, virusul intrând prin circuitul sanguin, căile neuronale, leziuni hipoxice, leziuni imune și legându-se de enzima de conversie a angiotensinei (ACE2). Capacitățile neurotrofice ale coronavirusurilor le permit să evite răspunsurile imune ale gazdei și să devină latente. Acest lucru le face un factor potent care poate cauza efecte neurologice acute sau tardive. Deși indicațiile inițiale arată că expresia SARS-COV-2 la nivel cerebral deviază ușor comparativ expresiile SARS-COV-1 și MERS, este totuși o sursă potențială de complicații neuropsihiatrice și cognitive pe termen lung. Calea neuronală prin nervul olfactiv și rolul ACE2 a fost observat a fi mecanismul fiziopatologic primar care contribuie la complicațiile neuropsihiatrice și cognitive pe termen lung ale COVID-19. Acest lucru este în primul rând determinat de afectarea tractului respirator al coronavirusurilor și pot

ajunge la enzimele ACE2 de la nivelul celulelor epiteliale respiratorii și al nervului olfactiv, devenind o cale de pătrundere a coronavirusului în SNC.

Calea neuronală

Virusurile neurotrope, ca și coronavirusurile, se folosesc de căi neuronale senzoriale și motorii pentru a pătrunde în SNC. Un exemplu de cale neuronală este nervul olfactiv. Aceasta este mediată de organizarea unică a nervilor olfactivi și a bulbului olfactiv din cavitatea nazală și a părții anterioare a creierului. Prin această cale virusul poate ajunge la nivelul SNC, fapt ce poate cauza reacție inflamatorie și demielinizare. Dacă infecția este stabilită, atunci virusurile pot ajunge la nivelul creierului și a SNC în mai puțin de 7 zile. Alterările olfactive și gustative (anosmia, hiposmia și ageuzia) au fost raportate la 49% dintre pacienții cu COVID-19, indicând posibilitatea infecției SNC prin calea neuronală olfactivă.

ACE2 și rolul său în complicațiile neuropsihiatrice

Enzima ACE2 este prezentă în multiple organe dintre care, sistemele oro-nazal, respirator, cardiovascular, cerebrovascular și imun. Densitatea ridicată a ACE2 la nivelul mucoasei oro-nazale și legăturile sale cu SARS-COV-2 ar putea fi cauza simptomatologiei olfactive de anosmie din infecția COVID-19. Coronavirusurile se leagă direct cu receptorii ACE2 din celulele epiteliale respiratorii și cauzează o furtună citokine, care la rândul ei produce răspândirea inflamației la pacienții cu COVID-19, cauzând leziuni organice multiple și encefalopatie mediată imun manifestându-se prin delirium și convulsii. Neuroinflamația este un mecanism recunoscut în dezvoltarea tulburărilor psihiatrice. Poate cauza și stări de hipercoagulabilitate determinând accident vascular cerebral ischemic pe lângă alte evenimente vasculare. ACE2 joacă un rol important în controlul tensiunii arteriale dar atunci când se leagă de SARS-COV-2 poate determina o creștere a tensiunii arteriale, care la rândul ei crește șansele unei hemoragii cerebrale. Acest fapt mai poate explica și mortalitatea crescută la pacienții cu comorbidități metabolice cum ar fi hipertensiunea arterială, IMC crescut și diabetul. A mai fost presupus faptul că proteina "spike" a SARS-COV-2 se poate lega de receptorii ACE2 din capilare, distrugând bariera hemato-encefalică, permițând virusului să pătrundă direct la nivelul creierului. Neuronii au o densitate ridicată a ACE2 și au șanse ridicate de a forma legături cu coronavirusurile dacă acestea trec de bariera hemato-encefalică. SARS-COV-2 poate rămâne latent în neuronii pacienților care se recuperează de efectele acute ale infecției cu COVID-19, determinând un risc mai ridicat a consecințelor pe termen lung prin producerea demielinizării și neurodegenerării.

Efectele neuropsihiatrice și cognitive ale infecției cu coronavirus

a) Efectele acute

Pe termen scurt, 20-40% dintre cazurile COVID-19 pot prezenta complicații neuropsihiatrice, ca de exemplu evenimente cerebrovasculare, cefalee, vertij, encefalopatii, anosmie, ageuzie și tulburări afective. Efectele acute ale infecției SARS-COV-2 asupra SNC se manifestă prin encefalita virală, encefalopatia toxică infecțioasă și tulburări cerebrovasculare acute. Într-un studiu meta-analitic recent, au raportat consecințele neuropsihiatrice pe termen scurt și lung a infecției cu SARS și MERS. Aceștia au raportat că în timpul perioadei acute a bolii, 27-41% dintre cazuri au prezentat simptomatologie neuropsihiatrică precum confuzie, dispoziție depresivă, afectarea memoriei și insomnie. Mania și psihoza induse de steroizi au fost și ele raportate. Acest studiu a mai analizat datele disponibile în legătură cu infecția COVID-19 și consecințele neuropsihiatrice și au descoperit că starea confuzională și agitația au fost prezente la 65-69% dintre cazurile internate pe terapie intensivă. Și mai important, în urma externării, 33% dintre pacienții cu infecție COVID-19 au prezentat sindroame disexecutive. În mod similar, un studiu din Regatul Unit a raportat că 153 de pacienți au prezentat complicații neurologice și neuropsihiatrice în urma infecției COVID-19. Dintre aceștia, 21 au mai prezentat o patologie psihiatrică nou diagnosticată. O altă observație notabilă a fost efectul vârstei asupra statusului mental alterat și a incidentelor cerebrovasculare. 37 de pacienți au avut status mental alterat și 49% dintre aceștia aveau vârste mai mici de 60 de ani. Dar, dintre 74 de pacienți care au prezentat incidente cerebrovasculare, 81% dintre aceștia aveau peste 60 de ani.

Într-un alt studiu s-au raportat manifestări neurologice în cadrul infecției cu COVID-19. Studiul a analizat 214 pacienți cu forme ușoare până la severe. Aproximativ 36.4% dintre pacienți au prezentat manifestări neurologice în legătură cu SNC, SNP și musculatura striată. Aceste manifestări neurologice au fost mai prevalente la pacienții cu forme severe și au inclus și semne de afectare a conștienței și tulburări cerebrovasculare acute. Rezultatele la autopsie au indicat degenerescență neuronală și circulație vasculară crescută la nivelul anumitor regiuni însoțite de țesut cerebral edematos.

Leziunile structurale cerebrale au fost raportate și în cadrul infecțiilor cu SARS-COV-1 și MERS. Într-un studiu RMN care analiza consecințele neurologice post-infecțioase din MERS a 3 pacienți cu sindrom neurologic sever, s-au descoperit hiperintensități a substanței albe din lobii parietali, temporali, frontali, ganglionii bazali și corpul calos. Manifestările neurologice prezentate de acești pacienți includ: status mental alterat (de la confuzie până la comă), ataxie și deficite motorii focale. În mod similar, un studiu care investiga autopsiile a 6 pacienți cu SARS au descoperit dovezi de edem și degenerescență roșie difuză (cel mai probabil rezultatul hipoxiei sau ischemiei neuronale), în urma descoperirii unor secvențe genomice SARS la nivelul hipotalamusului și cortexului. Abnormalități structurale cerebrale

au fost raportate și la pacienții cu COVID-19. S-au raportat cazuri de anomalii cerebrale la nivel talamic bilateral, lobii temporali mediali, hippocampus și regiunile insulare.

Există dovezi de encefalopatie și circulație redusă la nivelul regiunii frontotemporale în urma infecției cu COVID-19. Măsura în care infecția COVID-19 poate duce la leziuni neurologice și simptome neuronale este încă necunoscută. Dar, mai multe studii au descoperit pacienți cu patologie neurologică de la encefalită la AVC. Encefalita de sine stătătoare este corelată cu riscuri ridicate a multiple tipuri de sechele ca și epilepsia, tulburări bipolare, tulburări psihotice, tulburări anxioase, probleme cognitive și demențe.

b) Sechelele neuropsihiatrice pe termen lung și cronice

Este cunoscut faptul că celulele neurale și imune pot găzdui coronavirusul latent, fapt ce ar putea contribui la complicații neuronale și neuropsihiatrice întârziate. Dar, sechelele neuropsihiatrice pe termen lung ale COVID-19 sunt încă necunoscute. Putem deduce efectele pe termen lung din înțelegerea mecanismelor acțiunii COVID-19 asupra SNC și a dovezilor de la efectele neuropsihiatrice pe termen lung ale SARS-COV-1 și MERS. S-au raportat că 55% dintre supraviețuitorii infecției cu SARS-COV-1 au prezentat PTSD (tulburare de stres posttraumatică). Mai mult, în rândul supraviețuitorilor SARS-COV-1, depresia a fost prezentă la 39%, tulburări algice la 36.4%, tulburare de panică la 32.5% și tulburare obsesiv-compulsivă la 15.6%. În lucrarea lor meta-analitică, s-au mai raportat efecte neuropsihiatrice pe termen lung ale SARS și MERS la 10-20% dintre cazuri, ca de exemplu dispoziție depresivă, insomnie, anxietate, iritabilitate, afectarea memoriei și fatigabilitate. Dar, este important de înțeles că manifestările neuropsihiatrice cum ar fi PTSD, depresia sau anxietatea, apărute în urma infecției cu COVID-19 ar putea fi o reacție psihologică la infecția în sine, internarea la terapie intensivă sau suferirea unei stigme pentru faptul că s-a contactat virusul.

În cazul în care vor fi proporții similare ale complicațiilor neuropsihiatrice pe termen lung în infecția cu COVID-19, atunci ne putem aștepta la un val de sechele neuropsihiatrice, care vor avea o implicație majoră asupra management-ului sistemul sanitar deja întins la limite în fiecare țară. Pe lângă sechelele neuropsihiatrice, alte complicații pe termen lung pot fi observate prin multiple probleme neurologice. De exemplu, anosmia este considerată unul din simptomele cardinale ale infecției COVID-19, implicând afectarea SNC. Acest lucru poate avea implicații pe termen lung ale neuroinfecțiilor și boli neurodegenerative. Într-adevăr, pierderea simțului olfactiv este considerată o manifestare timpurie a bolii Parkinson. Așadar, emergența simptomelor cognitive în urma infecției cu COVID-19 poate indica un proces neurodegenerativ subiacent. Mai mult, indivizii cu anumite condiții neurologice imunocompromițătoare, cum ar fi scleroza multiplă, pot prezenta alterări ale simptomelor non-motorii în urma COVID-19, ceea ce ar putea indica un proces neurodegenerativ subiacent. Au fost determinate legături dintre infecția cu SARS-COV-1 și un risc mai ridicat pentru a produce boală Parkinson și scleroză multiplă. Într-adevăr, evaluarea pe termen lung a cogniției va deveni o parte critică pentru îngrijirea acestor indivizi.

c) Sechele cognitive pe termen lung

Din dovezile care apar și înțelegerea mecanismelor coronavirusurilor în cadrul SNC, putem să ne așteptăm la o multitudine variată de consecințe cognitive ale infecției cu COVID-19. Atenția și simptomele disexecutive au fost asociate des cu COVID-19. A mai fost raportată hipoperfuzia la nivelul regiunii frontotemporale a creierului și anomalii structurale cerebrale talamice și la nivelul regiunilor temporale. Considerând natura demielinizantă a infecțiilor virale la nivelul SNC, ne putem aștepta la probleme cognitive comune care caracterizează boli demielinizante (de exemplu scleroza multiplă). Testul de modalități ale cifrelor simbolice (SDMT), un test care evaluează viteza procesării informaționale, este un test cognitiv extrem eficient și sensibil pentru pacienții cu scleroză multiplă. În mod similar, ar trebui considerată posibilitatea existenței unei corelații a faptului că anosmia apare atât la pacienții cu COVID-19 cât și în faza prodromală a bolii Parkinson în timp ce examinăm consecințele cognitive pe termen lung. Multiple studii au arătat că funcțiile executive sunt afectate în mod primar în faza prodromală a bolii Parkinson împreună cu probleme proeminente ale memoriei. Luată în ansamblu, examinarea cognitivă pe termen lung a supraviețuitorilor infecției cu COVID-19 ar trebui să includă cel puțin teste care evaluează atenția, funcțiile executive, de învățare, de memorie cât și ale vitezei de procesare a informației.

d) Implicațiile pentru monitorizarea sechelelor neuropsihiatrice și cognitive pe termen lung

Este clar din pandemiile cu SARS-COV-1 și MERS, dar și din rapoartele curente în legătură cu complicațiile neurologice și neuropsihiatrice în urma infecției cu COVID-19, că un număr mare de supraviețuitori vor prezenta o paletă largă de sechele neuropsihiatrice și cognitive. Acestea probabil pot afecta sănătatea lor fizică, mentală și cognitivă care la rândul lor vor afecta situațiile lor emoționale, ocupaționale și financiare. Unii dintre acești pacienți pot prezenta o patologie neurologică sau psihiatrică propriu-zisă, sau unii pot prezenta probleme cognitive minore care pot crește riscul de a face demență. Indicațiile timpurii arată că domeniile cognitive ale funcțiilor executive, atenției și ale memoriei apar a fi afectate de COVID-19. Mai mult, există potențiale creșteri ale tulburărilor afective, anxietății, fatigabilității și PTSD. Aceste simptome pot fi cauzate de modificări patoplastice în fiziologia creierului, unde în urma infecției COVID-19 pot apărea modificări ale funcțiilor cerebrale care pot duce la dezvoltarea unor vulnerabilități cerebrale care pot crește probabilitatea apariției unei suferințe psihologice. Mai este posibil ca aceste simptome neuropsihiatrice și tulburări să fie reacții fiziologice apărute în urma intervențiilor medicale necesare tratamentului infecției COVID-19. Natura complexă a prezentărilor neuropsihiatrice poate fi înțeleasă prin studiul meticolos al istoricului cazului acompaniat de evaluări standardizate neuropsihologice. Acest lucru poate determina dacă problemele neuropsihiatrice și cognitive sunt o consecință directă a abnormalităților structurale cerebrale sau sunt o reacție fiziologică

a posibilului stres fizic și mental asociat cu recuperarea pacienților în urma infecției cu COVID-19. Așadar, detecția timpurie și prevenirea problemelor neuropsihiatrice și cognitive ar trebui să reprezinte scopul pe termen lung al serviciilor medicale și guvernamentale din toată lumea, deoarece acesta ar putea reprezenta ”al treilea val” al pandemiei.

Concluzii

Complicațiile neuropsihiatrice și cognitive pe termen scurt în urma infecției cu COVID-19 sunt variate și afectează o proporție ridicată a supraviețuitorilor. Pe perioadele de termen mediu și lung, va fi un influx de pacienți cu probleme psihiatrice și cognitive care au fost sănătoși din aceste puncte de vedere înaintea infecției cu COVID-19. Ar putea fi observată o rată ridicată a manifestărilor neuropsihiatrice în forma unei creșteri ale cazurilor de depresie, anxietate, PTSD și în unele cazuri patologii mentale severe. Probabil și sechelele cognitive vor fi variate, iar o evaluare cognitivă detaliată ar trebui considerată pentru acești pacienți pentru a monitoriza emergența unor noi cazuri neurologice. O monitorizare robustă neuropsihiatrică și cognitivă va permite sistemului de sănătate să planuiască un act medical corespunzător și să aloce resursele eficient. Intervenția timpurie pentru problemele cognitive emergente va fi critică pentru o funcționare independentă și o calitate de viață bună pentru mulți dintre supraviețuitorii COVID-19.

Bibliografie

DSM-4: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. rev), Publisher: Wiley-Blackwell, Editors: R. Cautin & S. Lilienfeld, Edition, 2000

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Publisher: Wiley-Blackwell, Editors: R. Cautin & S. Lilienfeld, Edition, 2017 [https://www.psikolojiagi.com/wp-content/uploads/Y%C3%BCklemeler/E-Kitaplar/DSM%20-%20V%20\(English\).pdf](https://www.psikolojiagi.com/wp-content/uploads/Y%C3%BCklemeler/E-Kitaplar/DSM%20-%20V%20(English).pdf)

Principiile si practica neurologiei clinice, Adams & Victor, Ed. X, Autori Allan H. Ropper, Martin A. Samuels, Joshua P. Klein

Ghiduri de diagnostic si tratament in neurologie, ed a 2-a , Coord. Prof Ovidiu Bajenaru
Organic mental disorders Author: Zoltán Hidasi, Edition 2018,
<http://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2018/05/Organic-mental-disorders-2018.pdf>

Managing behavioural and psychological symptoms in dementia [Brian Lawlor](#) (a1)
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.463>, Edition 2018,
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/managing-behavioural-and-psychological-symptoms-in-dementia/A8632B904987EE3F2D6132423300182D>

Metodologia realizării ghidurilor de practică medicală - Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, <http://ghidurimedicale.ro/guidelines/metodologie-ghiduri-CNSMF.pdf>

Arabi, Y. M., Harthi, A., Hussein, J., Bouchama, A., Johani, S., Hajeer, A. H., et al. (2015). Severe neurologic syndrome associated with Middle East respiratory syndrome corona virus (MERS-CoV). *Infection* 43, 495–501. doi: 10.1007/s15010-015-0720-y

Asmundson, G. J. G., and Taylor, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J. Anxiety Disord.* 70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196

Bohmwald, K., Gálvez, N. M. S., Ríos, M., and Kalergis, A. M. (2018). Neurologic alterations due to respiratory virus infections. *Front. Cell. Neurosci.* 12:386. doi: 10.3389/fncel.2018.00386

Desforges, M., Le Coupanec, A., Stodola, J. K., Meessen-Pinard, M., and Talbot, P. J. (2014). Human coronaviruses: viral and cellular factors involved in neuroinvasiveness and neuropathogenesis. *Virus Res.* 194, 145–158. doi: 10.1016/j.virusres.2014.09.011

Dong, E., Du, H., Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect. Dis.* 20, 533–534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1

Fang, L., Karakiulakis, G., and Roth, M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir. Med.* 8:e21. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30116-8

Fotuhi, M., Mian, A., Meysami, S., and Raji, C. A. (2020). Neurobiology of COVID-19. *J. Alzheimers Dis.* 76, 3–19. doi: 10.3233/JAD-200581

Gu, J., Gong, E., Zhang, B., Zheng, J., Gao, Z., Zhong, Y., et al. (2005). Multiple organ infection and the pathogenesis of SARS. *J. Exp. Med.* 202, 415–424. doi: 10.1084/jem.20050828

Hornuss, D., Lange, B., Schröter, N., Rieg, S., Kern, W. V., and Wagner, D. (2020). Anosmia in COVID-19 patients. *Clin. Microbiol. Infect.* 26, 1426–1427. doi: 10.1016/j.cmi.2020.05.017

Jones, C., Humphris, G. M., and Griffiths, R. D. (1998). Psychological morbidity following critical illness - the rationale for care after intensive care. *Clin. Intensive Care* 9, 199–205. doi: 10.3109/tcic.9.5.199.205

Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siati, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., et al. (2020). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 277, 2251–2261. doi: 10.1007/s00405-020-05965-1

Lippi, A., Domingues, R., Setz, C., Outeiro, T. F., and Krisko, A. (2020). SARS-CoV-2: at the crossroad between aging and Neurodegeneration. *Mov. Disord.* 35, 716–720. doi: 10.1002/mds.28084

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., et al. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 77, 683–690. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127

Mirfazeli, F. S., Sarabi-Jamab, A., Jahanbakhshi, A., Kordi, A., Javadnia, P., Shariat, S. V., et al. (2020). Neuropsychiatric manifestations of COVID-19 can be clustered in three distinct symptom categories. *Sci. Rep.* 10:20957. doi: 10.1038/s41598-020-78050-6

Pantelis, C., Jayaram, M., Hannan, A. J., Wesselingh, R., Nithianantharajah, J., Wannan, C. M., et al. (2020). Neurological, neuropsychiatric and neurodevelopmental complications of COVID-19. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 0004867420961472. doi: 10.1177/0004867420961472 [Epub ahead of print]

Raj, V. S., Osterhaus, A. D. M. E., Fouchier, R. A. M., and Haagmans, B. L. (2014). MERS: emergence of a novel human coronavirus. *Curr. Opin. Virol.* 5, 58–62. doi: 10.1016/j.coviro.2014.01.010

Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7, 611–627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0

Vaira, L. A., Salzano, G., and Deiana, G., and De Riu, G. (2020). Anosmia and Ageusia: common findings in COVID-19 patients. *Laryngoscope* 130:1787. doi: 10.1002/lary.28692

Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M., Davies, N. W. S., Pollak, T., Tenorio, E. L., et al. (2020). UK-wide surveillance of neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19: The first 153 patients. SSRN [Preprint]. doi: 10.2139/ssrn.3601761

Wu, Y., Xu, X., Chen, Z., Duan, J., Hashimoto, K., Yang, L., et al. (2020). Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behav. Immun.* 87, 18–22. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.031

Xu, J., Zhong, S., Liu, J., Li, L., Li, Y., Wu, X., et al. (2005). Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus in the brain: potential role of the chemokine mig in pathogenesis. *Clin. Infect. Dis.* 41, 1089–1096. doi: 10.1086/444461

Yuan, N., Chen, Y., Xia, Y., Dai, J., and Liu, C. (2019). Inflammation-related biomarkers in major psychiatric disorders: a cross-disorder assessment of reproducibility and specificity in 43 meta-analyses. *Transl. Psychiatry* 9:233. doi: 10.1038/s41398-019-0570-y

Yuki, K., Fujiogi, M., and Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: a review. *Clin. Immunol.* 215:108427. doi: 10.1016/j.clim.2020.108427

Anexa 1

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

Beneficiar / Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului²: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

Lista evaluatorilor ghidului „Management si tratament al tulburarilor psihiatrice la pacientii cu boli cerebrovasculare pentru medicii de familie”

Prezentul ghid va fi evaluat independent de cel puțin 21 de persoane utilizând instrumentul AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) în vederea asigurării unei metologii cât mai riguroase și transparente pentru dezvoltarea unui ghid clinic.

Lista propusă a evaluatorilor este:

Nr crt.	Nume si prenume	Gradul profesional
1.	Totolici Bogdan	Profesor universitar, medic primar
2.	Carmen Neamtu	Conferențiar universitar, medic primar
3.	Furau Gheorghe	Conferențiar universitar, medic primar
4.	Sandor Mircea	Șef lucrări, medic primar
5.	Furau Cristian	Șef lucrări, medic specialist
6.	Pribac Ciprian	Șef lucrări, medic primar
7.	Pop Moldovan Adina	Șef lucrări, medic primar

8.	Amza Oana	Şef lucrări, medic primar
9.	Darabantiu Dan	Medic primar
10.	Burlea Amelia	Medic primar
11.	Onel Cristina	Şef lucrări, medic primar
12.	Putin Ramona	Asistent universitar, medic specialist
13.	Mercea Simona	Asistent universitar, medic specialist
14.	Fruja Ioana	Medic primar
15.	Repolski Erika	Medic primar
16.	Puf Ovidiu	Medic
17.	Precup Cris	Conferenţiar universitar, medic primar, medic specialist
18.	Stoia Diana Alexandra	Medic specialist
19.	Pantea Claudiu Gheorghe	Asistent universitar, medic primar
20.	Oancea Alexandru	Şef lucrări, medic specialist
21.	Cetean Eliza	Asistent universitar, medic specialist
22.	Şerpe Mircea	Şef lucrări, medic primar

Anexa 2

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creşterea calităţii actului medical prin îmbunătăţirea nivelului competenţelor profesioniştilor din sectorul medical “**

Beneficiar / Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului³: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

**Grade de recomandare și nivele ale dovezilor utilizate în ghidul
„Management si tratament al tulburarilor psihiatrice la pacienții cu boli
cerebrovasculare pentru medicii de familie”**

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța Standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivele de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza unor studii randomizate și controlate
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine concepute
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu



Anexa 3

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

Beneficiar / Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

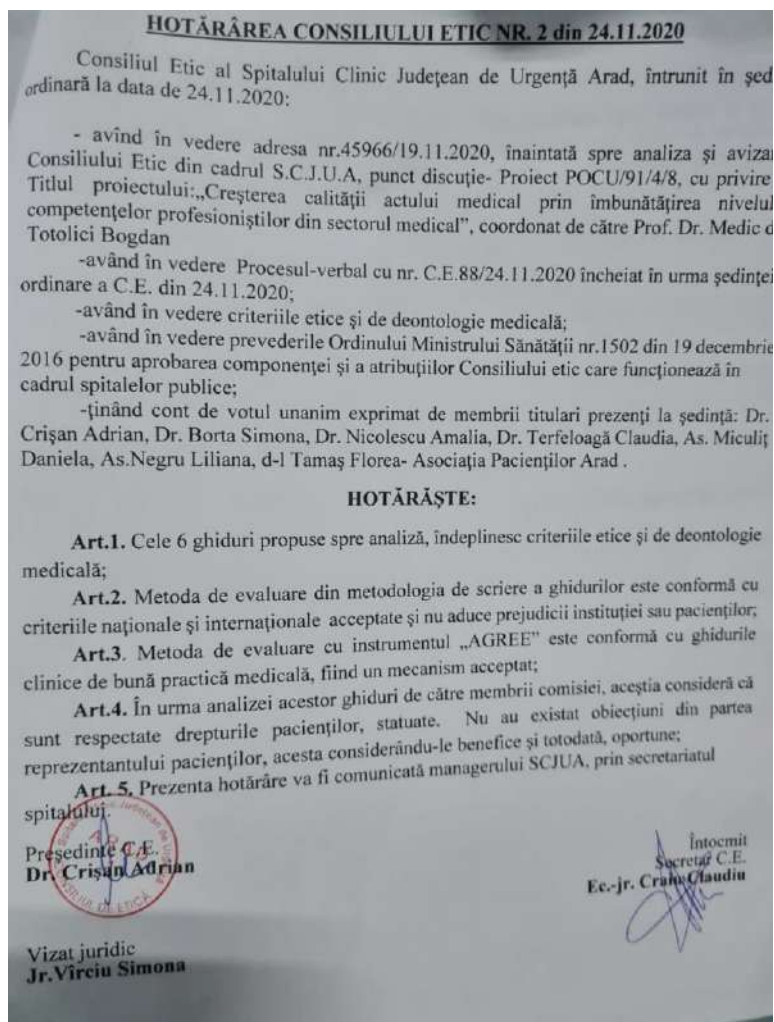
Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului⁴: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist



Acordul comisiei de etica



Anexa 4

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

Beneficiar / Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului⁵: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

DECLARAȚIE

privind evitarea conflictului de interese

1.Subsemnatul(a),
CNP....., posesor al actului de identitate seria nr,
având funcția didactică de la Universitatea
....., și funcția de
..... la
..... în calitate de
..... (membru proiect, evaluator, consultant,etc.) în
cadrul proiectului POCU 91/4/8 cu titlul:„**Creșterea calității actului medical prin
îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical**”, organizată
de Ministerul Fondurilor Europene, declar pe proprie răspundere, sub sancțiunea falsului în
declarații, următoarele referitoare la activitatea comisiei 1 de actualizare a ghidurilor de practică
„Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină” :

a) nu dețin părți sociale, părți de interes, acțiuni din capitalul subscris, ori al persoanelor care
fac parte din consiliul de administrație/organul de conducere al Ministerului Fondurilor
Europene;

b) nu am, direct ori indirect, un interes personal, financiar, economic sau de altă natură, ori
mă aflu într-o altă situație de natură să afecteze independența și imparțialitatea autorității
contractante pe parcursul procesului de evaluare;

c) nu am drept membri în cadrul consiliului de administrație/organ de conducere sau de
supervizare și/sau nu am acționari ori asociați semnificativi persoane care sunt soț/soție, rudă
sau afîn până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în relații comerciale cu persoane cu
funcții de decizie în cadrul Ministerului Fondurilor Europene;

d) nu am nominalizat printre principalele persoane desemnate pentru executarea contractului
persoane care sunt soț/soție, rudă sau afîn până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în

relații comerciale cu persoane cu funcții de decizie în cadrul autorității contractante (conform anexei), despre care am luat la cunoștință din documentația de atribuire.

e) declar că nu mă aflu în vreuna dintre situațiile de incompatibilitate

2. Subsemnatul/a..... declar că voi informa imediat autoritatea contractantă dacă vor interveni modificări în prezenta declarație la orice punct pe parcursul derulării proiectului.

3. De asemenea, declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că autoritatea contractantă are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, situațiilor și documentelor orice informații suplimentare.

4. Subsemnatul/a autorizez prin prezenta orice instituție, societate comercială, bancă, alte persoane juridice să furnizeze informații reprezentanților autorizați ai Ministerului Fondurilor Europene, cu privire la orice aspect tehnic și financiar în legătură cu activitatea mea.

Data completării

Numele și prenumele, _____

Semnătura, _____

Avizat Manager de Proiect,

Onel Alexandru Fica Mircea

Semnătură: _____

Data:

Anexa 5

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

Beneficiar / Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui: Maris Mariana

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului⁶: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

Instrumentul de evaluare AGREE II pentru evaluarea ghidurilor clinice actualizate în cadrul Proiectului POCU/91/4/8

cod 109601

Nr crt	Domeniul	Scor						
	Domeniul 1. Scop și obiective	1	2	3	4	5	6	7
1	Obiectivul (obiectivele) general al ghidului este (sunt) specific descris.							
	<i>Criterii evaluare</i>	- <i>Intenția ghidului (prevenție, screening, diagnostic, tratament, etc)</i> - <i>Beneficiul/rezultatul așteptat</i> - <i>Populația țintă, Impact social</i>						
	<i>Comentarii</i>							
2	Întrebările (problemele) clinice acoperite de ghid sunt specific descrise.							
	<i>Criterii evaluare</i>	- <i>Populația țintă</i> - <i>Intervenția/expunerea</i> - <i>Comparații (dacă este adecvat)</i> - <i>Rezultat</i> - <i>Tipul/contextul unității de îngrijire sanitară</i>						
	<i>Comentarii</i>							

3	Pacienții/ Populația cărora urmează să li se aplice ghidul sunt descriși specific	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Populația țintă, vârstă, sex - Condiția clinică (dacă e relevantă) - Severitatea/stadiul bolii (dacă e relevant) - Comorbidități (dacă e relevant) - Populația exclusă (dacă e relevant)						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 1	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 2. Implicarea factorilor de decizie	1	2	3	4	5	6	7
4	Grupul de dezvoltare al ghidului include indivizi din toate grupurile profesionale relevante.							
	<i>Criterii evaluare</i>	Pentru fiecare membru al grupului de dezvoltare: nume, specialitate/expertiză, instituție, rol în grup						
	<i>Comentarii</i>							
5	Opiniile și preferințele populației țintă (pacienți, public etc.) au fost căutate.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declarație privind tipul de strategie folosit pentru captarea opiniilor/preferințelor pacienților (de ex participarea în grupul de dezvoltare a ghidului, date din literatură) - Metodele cu care preferințele și opiniile au fost căutate (date din literatură, sondaje etc) - Informații/ rezultate obținute în legătură cu informațiile despre populația țintă						

		- Descriere cum informațiile obținute au fost folosite în dezvoltarea ghidului/formularea recomandărilor						
	Comentarii							
6	Utilizatorii țintă ai ghidului sunt clar definiți.	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Descriere clară a audienței ghidului (specialiști, medici de familie, pacienți, instituții clinice, etc) - Descriere cum ghidul poate fi utilizat de către audiența țintă (de ex pt decizii clinice, politici sanitare, standarde de îngrijire)						
	Comentarii							
	Scor domeniul 2	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 3. Rigoarea elaborării	1	2	3	4	5	6	7
7	Au fost folosite metode sistematice pentru a căuta dovezi							
	Criterii evaluare	- Numirea bazelor de date electronice unde a fost efectuată căutarea (EMBASE, MEDLINE, etc) - Intervalul de timp de căutare - Termenii de căutare utilizați - Strategia de căutare completă (ex. posibil explicată în apendix)						
	Comentarii							
8	Criteriile pentru selectarea dovezilor sunt clar descrise.	1	2	3	4	5	6	7

	Criterii evaluare	- Descrierea criteriilor de includere : populația țintă, design studiu, comparații (dacă sunt relevante), rezultate, limbă (dacă e relevant), context (dacă e relevant) - Descriere criterii de excludere						
	Comentarii							
9	Puterea și limitările dovezilor sunt clar descrise	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Descrierea modului în care dovezile au fost evaluate pentru bias și cum a fost interpretată de membrii grupului de dezvoltare a ghidului - Aspecte legate de descrierea dovezilor folosite: design studiu/i, limitările metodologiei studiilor, relevanță rezultatelor primare și secundare considerate, consistența rezultatelor, magnitudinea beneficiilor vs riscurilor, aplicabilitatea în context						
	Comentarii							
10	Metodele de formulare a recomandărilor sunt clar descrise.	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Descrierea procesului de dezvoltare a recomandărilor - Rezultatele procesului de dezvoltare a recomandărilor - Descriere cum procesul a influențat recomandările						
	Comentarii							
11	Beneficiile pentru sănătate, efectele secundare și riscurile au fost luate în considerare la formularea recomandărilor.	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Datele ce susțin și raportarea beneficiilor - Datele ce susțin și raportarea efectelor adverse/negative/riscuri						

		- Raportul beneficiu/risc/efecte adverse - Recomandările reflectă evaluarea atât a beneficiilor cât și a efectelor secundare/riscuri						
	Comentarii							
12	Există o legătură explicită între recomandări și dovezile justificative.	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Ghidul descrie modul în care grupul de dezvoltare a legat și inclus dovezile pentru formularea recomandărilor - Fiecare recomandare este legată de o dovadă cheie (descriere/paragraf) și/sau de lista de referințe - Recomandările sunt legate de rezumatele dovezilor, tabele cu dovezi în secțiunea de rezultate a ghidului						
	Comentarii							
13	Ghidul a fost revizuit extern/independent de experți înainte de publicare.	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Scopul și intenția evaluării externei (de ex ameliorarea calității, feedback asupra draftului, evaluarea aplicabilității, diseminarea dovezilor) - Metodele pentru evaluarea externă (de ex scală rating, întrebări deschise) - Descrierea evaluatorilor externi (număr, tip, afiliere) - Rezultatele/informațiile obținute în urma evaluării externe (de ex rezumatul principalelor observații) - Descriere cum informația obținută a fost folosită în procesul de dezvoltare a ghidului și/sau de formulare a recomandărilor (de ex comisia ghidului a luat în considerare rezultatele evaluării în formularea recomandărilor finale)						
	Comentarii							

14	Este furnizată o procedură pentru actualizarea ghidului.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declarație că ghidul va fi actualizat - Intervalul de timp sau criteriile de actualizare - Metodologia procedurii de actualizare este raportată						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 3	(Scor obținut-8) / 48 x 100=						
	Domeniul 4. Claritatea prezentării	1	2	3	4	5	6	7
15	Recomandările sunt specifice și lipsite de ambiguități.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declarația acțiunii recomandate - Identificarea intenției/scopului acțiunii recomandate (de ex ameliorarea calității vieții, reducerea efectelor secundare etc) - Identificarea populației relevante (de ex pacienți, public) - Pacienții sau condițiile pentru care recomandările nu se aplică (dacă este relevant)						
	<i>Comentarii</i>							
16	Diferitele opțiuni pentru gestionarea unor probleme de sănătate sunt prezentate clar	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea opțiunilor - Descrierea populației sau condiției clinice cea mai adecvate pt fiecare opțiune						
	<i>Comentarii</i>							

17	Recomandările cheie sunt ușor de identificat	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>- Descrierea recomandărilor într-o căsuță rezumativă, bolduite, subliniate sau prezentate ca diagrame sau algoritmi</i> <i>- Recomandările specifice sunt grupate într-o secțiune</i>						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 4	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 5. Aplicabilitate	1	2	3	4	5	6	7
18	Ghidul descrie elemente de facilitare și bariere în aplicarea sa	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>- Identificarea tipurilor de facilitatori și bariere a fost luată în considerare</i> <i>- Metodele de căutare a informațiilor despre facilitatori și bariere în implementarea recomandărilor (de ex feedback factori de decizie, teste pilot)</i> <i>- Descrierea tipurilor de facilitatori și bariere ce au apărut după căutare (de ex specialiștii au abilitățile să pună în aplicare recomandările, lipsa echipamentului suficient pentru a face mamografie la toate persoanele eligibile)</i> <i>- Descriere cum informația a influențat procesul de dezvoltare a ghidului/formulare a recomandărilor</i>						
	<i>Comentarii</i>							
19	Ghidul oferă sfaturi și / sau instrumente cu privire la modul în care recomandările pot fi puse în practică	1	2	3	4	5	6	7

	Criterii evaluare	- Există o secțiune de implementare a ghidului - Unelte și resurse pentru facilitarea aplicării : rezumat ghid, linkuri către algoritmi/checklisturi, linkuri către manual cum-să, soluții pentru analiza barierelor, unelte pentru capitalizarea facilitatorilor, rezultatele testului pilot și lecțiile învățate						
	Comentarii							
20	Implicațiile potențiale ale costurilor aplicării recomandărilor au fost luate în considerare	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Identificare tipului de costuri ce au fost luate în considerare (de ex evaluări economice, cost achiziție medicamente) - Metodele de căutare a informației despre cost (de ex un economist a făcut parte din comisie) - Informarea/descrierea informației despre cost ce a fost obținută în urma căutării (de ex cost achiziție medicament/ ciclu tratament) - Descrierea modului în care informațiile obținute au influențat dezvoltarea ghidului/formularea recomandărilor						
	Comentarii							
21	Ghidul prezintă criteriile de monitorizare și/sau de auditare	1	2	3	4	5	6	7
	Criterii evaluare	- Identificarea criteriilor de evaluare a implementării ghidului sau aderenței la recomandări - Criterii de evaluare a impactului implementării recomandărilor - Frecvența și intervalul de măsurare - Descrierea modului în care criteriile trebuie măsurate						

	Comentarii							
	Scor domeniul 5	(Scor obținut-4) / 24 x 100=						
	Domeniul 6. Independența editorială	1	2	3	4	5	6	7
22	Opiniile organismului de finanțare nu au influențat conținutul ghidului.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Numele organismului de finanțare - Declarație că organismul de finanțare nu a influențat conținutul ghidului						
	Comentarii							
23	Conflictele de interes ale membrilor elaborării ghidurilor au fost înregistrate și adresate.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea tipurilor de conflicte de interes - Metodele prin care conflictele de interes au fost căutate - Descrierea conflictelor de interes - Descriere cum conflictele de interes au influențat elaborarea ghidului și a recomandărilor						
	Comentarii							

	Scor domeniul 6	(Scor obținut-2) / 12 x 100=						
	Evaluare generală a ghidului	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Răspuns</i>							
	<i>Recomandarea pentru utilizarea ghidului</i>	DA		DA, cu modificări			NU	
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>Va include evaluarea globală a ghidului și recomandarea evaluatorului pentru aplicarea acestuia.</i>						
	<i>Comentarii</i>							

Numele și prenumele evaluatorului

.....

Semnătura

.....

Data.....

Instrucțiuni de folosire a instrumentului AGREE

1. Recomandări înainte de utilizarea instrumentului AGREE

Înainte de a utiliza instrumentul AGREE se recomandă citirea cu atenție a întregului conținut scris al ghidului propus. Informații adiționale legate de dezvoltarea ghidului sunt recomandate a fi obținute de către evaluator.

2. Structura și conținutul AGREE

Domeniul 1: Domeniul de aplicare și scop se referă la evaluarea în ansamblu a ghidului, întrebările specifice la care își propune să răspundă și populația țintă (1-3).

Domeniul 2: Implicarea factorilor de decizie se referă la reprezentivitatea factorilor majori direct implicați și părerea utilizatorilor grupului țintă și extensia în care acestea au fost luate în considerare în redactarea ghidului (4-6).

Domeniul 3: Acuratețea elaborării se referă la procedul folosit pentru obținerea și sinteza informațiilor, metodologia pentru formularea recomandărilor și actualizarea acestora (7-14)

Domeniul 4: Claritatea și modul de prezentare se referă la limbaj, structură și formatarea ghidului (15-17).

Domeniul 5: Aplicabilitate. Metode de implementare se referă la posibilele impedimente sau factori favorabili pentru implementare, strategii pentru îmbunătățirea utilizării, resurse implicate pentru aplicarea ghidului (18-21).

Domeniul 6: Independența editorială se referă la posibilitatea ca recomandările formulate să fie biasate de posibile conflicte de interese (22-23).

Evaluarea finală se referă la evaluarea per global a calității ghidului și la recomandarea evaluatorului referitoare la utilizarea sa în practică.

3. Scala de evaluare

Fiecare item AGREE se evaluează pe o scală de la 1 la 7, unde 1= dezacord profund și 7= acord puternic. Instrucțiuni mai detaliate se pot regăsi în manualul utilizatorului instrumentului AGREE.

Un scor de 1 ar trebui acordat când nici o informație nu este relevantă din punct de vedere AGREE, un scor de 7- când calitatea dovezilor este excelentă și toate criteriile și considerațiile din manual au fost îndeplinite.

Pentru scoruri între 2 și 6, acestea trebuie acordate crescător în funcție de cât de multe criterii sau considerații prevăzute în manualul de utilizare sunt atinse.

Se vor utiliza criteriile expuse pentru fiecare item și de asemenea considerațiile adiționale.

Criteriile adiționale sunt:

- Este item-ul scris corect? Sunt descrierile clare și concise?
- Este item-ul ușor de identificat în conținutul ghidului?
- Sunt destule informații legate de întrebările la care se adresează elementul din ghid, astfel încât oricine să poată dezvolta un ghid pe temă sau să înțeleagă pacienții/populația și contextul descris în cadrul ghidului?
- Au fost implicate persoanele și experții adecvate pentru respectivul item al ghidului?
- Utilizarea unor descrieri fără bias, obiective, neutre? Au fost acestea complete?

4. Calcularea scorului

Se va utiliza următoarea formulă pentru fiecare domeniu pentru fiecare evaluator în parte și ulterior pentru toți evaluatorii:

$$(Scor\ obținut - Scor\ minim) / (Scor\ maxim - Scor\ minim) * 100 = \dots\dots\dots$$

5. Evaluare generală

Va include evaluarea globală a ghidului și recomandarea evaluatorului pentru aplicarea acestuia.

Consimțământul informat al pacientului



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ARAD

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉNY KÁROLY NR. 2-4
TEL.: 0040 357 407 200; 0040 257 220 000; FAX: 0040 357 407 211

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

1. Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	Domiciliul / reședința:	
2. Reprezentantul legal al pacientului *)	Numele și prenumele:	
	Domiciliul / reședința:	
	Calitatea	
3. Actul medical (descriere):		
4. Au fost furnizate pacientului următoarele informații în legătură cu actul medical:		
Date despre starea de sănătate	Da	Nu
Diagnostic		
Prognostic		
Natura și scopul actului medical propus		
Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile potențiale ale actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
Riscurile neefectuării tratamentului		
Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice	

Tipografia SC „Gutenberg” SRL Arad • Tel.: 0257/254330 • Fax: 0257/254339 • E-mail: dtp@gutenbergarad.ro



**SPITALUL CLINIC JUDETEAN DE URGENTĂ ARAD**

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉNY KÁROLY NR. 2-4
TEL.: 0040 357 407 200; 0040 257 220 000; FAX: 0040 357 407 211

6. Alte informații care au fost furnizate pacientului		
Informații despre serviciile medicale disponibile		
Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl va trata **)		
Informații despre regulile / practicile din unitatea medicală pe care trebuie să le respecte		
Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală		
7. Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea de sănătate		

*) Se utilizează în cazul „minorilor și majorilor fără discernământ” (pentru art. 8 alin.(3)-(5) din normele metodologice)

**) Identificat în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul

1. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal) declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ (numele și prenumele medicului / asistentului medical).

și enumerate mai sus, că am prezentat medicului / asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

X _____ Data: ____/____/____ ora: ____
(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical)

2. Subsemnatul pacient/reprezentant legal, _____ declar
(numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal)
că am înțeles toate informațiile furnizate de către _____ și enumerate
(numele și prenumele medicului / asistentului medical care a informat pacientul)
mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

X _____ Data: ____ / ____ / ____ ora: ____
(Semnătura pacientului/reprezentantului legal care refuză efectuarea actului medical)

[illegible]



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ARAD

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉNY KÁROLY NR. 2-4
TEL.: (+)0040 357 407 200; (+)0040 257 220 000; FAX: (+)0040 357 407 211

ANEXĂ LA CONȘIȚĂMÂNTUL PACIENTULUI

NOTĂ DE INFORMARE PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL - ÎN ATENȚIA PACIENȚILOR / APARTINĂTORILOR

Spitalul, reprezentat legal prin manager, este înregistrat la Autoritatea de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Date cu caracter personal: nume și prenume, sexul, data și locul nașterii, cetățenia, date din actele de stare civilă, nr. asigurării de sănătate, adresă, profesie, situație familială, obiceiuri/preferințe/comportament, date care denotă originea etnică, CNP, seria și numărul actului de identitate și date privind starea de sănătate etc.

SPITALUL, prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucrează datele dumneavoastră cu caracter personal prin mijloace automatizate/manuale, destinate îmbunătățirii serviciilor de sănătate.

Nu sunteți obligat(ă) să furnizați datele, dar acestea sunt necesare monitorizării programelor de sănătate desfășurate în cadrul Spitalului. Refuzul dvs. determină imposibilitatea îmbunătățirii stării de sănătate a populației din mediul rural.

Observație:

*orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin urmare această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu.

*orice persoană are, de asemenea dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrarea datelor sale personale în scopuri de marketing direct.

În cazul în care nu doriți să furnizați aceste date - nu semnați acest document.

Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către spital și sunt comunicate numai următorilor destinatari: Direcția de Sănătate Publică a Județului, Casa de Sănătate a Județului, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar.

Potrivit art. 19 din Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, modificată și completată, aplicăm măsurile tehnice și organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat. Ca urmare, Spitalul a luat toate **măsurile de securitate** conform Ordinului nr. 52/2002 privind aprobarea Cerințelor minime de securitate a prelucrării de date cu caracter personal.

Conform Legii nr. 677/2001, beneficiați de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. Totodată, aveți dreptul să vă opuneți prelucrării datelor personale care vă privesc și să solicitați ștergerea datelor. Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată la Managerul spitalului.

De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiției.

Datele dumneavoastră nu vor fi transferate în străinătate.

Data:

Semnătura pacientului:



Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad

Secția Clinică Psihiatrie

Data

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

asupra investigațiilor și procedurilor terapeutice
și pentru participarea la procesul educațional medical

Subsemnatul(a) _____

m-am prezentat din proprie voință, liber de orice constrângere și am solicitat evaluarea stării mele de sănătate în vederea stabilirii unui diagnostic și formularea unui program terapeutic individual.

Am cunoștință despre dreptul și libertatea pe care le am de a cere prezența unei alte persoane (reprezentant convențional) pentru a fi asistat în acordarea consimțământului, în vederea efectuării investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului și a aplicării metodelor terapeutice necesare recăpătării autonomiei personale.

Cunosc că am dreptul să refuz o procedură medicală sau un tratament cu care nu sunt de acord.

Mi s-au adus la cunoștință, prin explicații suficiente, într-un limbaj clar, respectuos și pe înțelesul meu, următoarele:

- a) diagnosticul și modul de stabilire al diagnosticului;
- b) scopul, metodele și durata tratamentului propus, precum și beneficiile aduse de acest tratament;
- c) eventualele neplăceri, riscuri sau efecte secundare ale tratamentului;
- d) alte posibile modalități de tratament;
- e) riscurile și consecințele refuzării sau întreruperii tratamentului fără aviz medical.

Am fost informat că metodele medicale și terapeutice invazive, având un grad de risc mai mare, vor fi precizate separat și voi consimți la acestea individual.

Autorizez medicii și personalul medical al clinicii/secției să efectueze toate investigațiile și procedurile diagnostice necesare, în contextul legal al unei practici medicale corecte. Cu excepția cazurilor în care, în mod expres, îmi exprim dezacordul, toate investigațiile uzuale și tratamentele, cu risc mic sau mediu, pot fi aplicate.

Materialul biologic recoltat (sânge) în scop medical poate fi examinat și în scopuri de cercetare științifică, instrucție, poate fi fotografiat și publicat, fără o altă autorizație expresă din partea mea, păstrându-se confidențialitatea.

Am fost informat că procesul de asistență medicală este dublat de procesul educațional și consimt ca, în limitele impuse de decență și bunul-simț, să particip la procesul educațional, dar aceasta nu trebuie să afecteze calitatea îngrijirilor medicale. Am fost informat că pot refuza acest lucru de principiu sau în momentele pe care le aleg eu, fără a fi obligat să dau alte explicații și fără a fi afectate drepturile mele de pacient.

Am fost informat că am dreptul să refuz fotografierea corpului meu, cu excepția fotografiilor de documentare medicală pe care le autorizez, cu condiția să fie mascate elementele esențiale ale fizionomiei, pentru a nu fi recunoscut.

În cazul apariției unor situații de urgență majoră în timpul internării, echipa medicală este autorizată să efectueze orice teste diagnostice sau manevre terapeutice, justificate medical și în condițiile unei practici medicale corecte.

.....
(semnătura pacientului)

Medic curant,

.....
(semnătura și parafă)

Reprezentant convențional/legal,

.....
(nume, prenumele și semnătura)

Tipografia SC „Gutenberg” SRL Arad • Tel.: 0257/254330 • Fax: 0257/254339 • E-mail: dtp@gutenbergarad.ro



SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENTĂ ARAD

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉNY KÁROLY NR. 2-4
TEL.: 0040 357 407 200; 0040 257 220 000; FAX: 0040 357 407 211

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a _____
domiciliat/ă în _____,
posesor/oare al/a BI/CI seria _____ nr. _____ declar pe propria răspundere că pe
perioada internării în SCJU Arad nu voi beneficia de servicii medicale în nicio altă unitate de stat sau
privată.

Arad,

Semnătura,





SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ ARAD

ROMÂNIA - 310037 - ARAD - STR. ANDRÉNY KÁROLY NR. 2-4
TEL.: (+)0040 357 407 200; (+)0040 257 220 000; FAX: (+)0040 357 407 211

Anexa nr. 3

Fișa de circuit a pacientului

Datele se completează la camera de gardă

CNP al pacientului internat	
Diagnostic la internare	
Data și ora internării	Semnătura și parafa medicului care a decis internarea

Datele se completează la camera de igienizare

Igienizarea pacientului	
ora	Semnătura persoanei care a efectuat igienizarea

Datele se completează pe secție

Denumirea secției	
Personal sanitar care a însoțit/transportat pacientul pe secție (semnătura)	☐ medic _____ ☐ cadru mediu _____ ☐ infirmier _____
Ora la care pacientul a ajuns pe secție	
Personal sanitar care a preluat/pacientul pe secție (semnătura)	☐ medic _____ ☐ cadru mediu _____ ☐ infirmier _____

Diagnostic la 72 ore

Datele se completează pe secție, la externarea pacientului

Data externării	
Diagnostic la externare	
Scrisoare medicală	☐ da ☐ nu
Rețetă gratuită / compensată	☐ da ☐ nu

Tip. S.C. „Gutenberg” S.R.L. Arad • Tel.: 0257/230670 • Fax: 0257/254339 • E-mail: dtpgutenberg@gmail.com

WWW.SCJARAD.RO





ANEXĂ
(Anexa la normă)

Formular de exercitare a dreptului de acces la datele cu caracter confidențial ale pacientului

T

Subsemnatul, domiciliat în localitatea
str. nr. bl. sc. ap. sectorul/județul
....., legitimat cu B.I./C.I. seria nr. având
CNP: □□□□□□□□□□□□, în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului
....., având CNP: □□□□□□□□□□□□

— Îmi exprim decizia, în conformitate cu art. 7 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, să nu fiu informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar cauza suferință.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal Data

....., în calitate de

Semnătura pacientului/reprezentantului legal Data

Nu sunt de acord să permit accesul altei persoane la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal Data

Am retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea mea de sănătate domnului/doamnei

Semnătura pacientului/reprezentantului legal Data

ST

Tipografia SC „Gutenberg“ SRL Arad • Tel.: 0257/254330 • Fax: 0257/254339 • E-mail: dtp@gutenbergarad.ro

