

PROTOCOL CLINIC STANDARDIZAT PENTRU MEDICII DE FAMILIE

DEPRESIA LA ADULȚI

Codul bolii (CIM 10):

F 32.0 –32.9, F 33.0-33.9, F 41.2

Depresia implică o serie largă de probleme de sănătate mintală caracterizate prin lipsa unui fondal afectiv pozitiv (pierderea interesului și a plăcerii de la activități și experiențe obținute ori anterior plăcute), dispoziție proastă și un spectru de probleme emoționale, cognitive, fizice și comportamentale asociate.

ASISTENȚA PACIENȚILOR CU DEPRESIE LA NIVEL DE AMP

• Evaluarea persoanelor ce prezintă <i>factori de risc pentru o tulburare depresivă</i> • Screening-ul persoanelor ce acuză simptome depresive cu/fără patologie somatică cronică • Educația privind depresia	• În depresie ușoară sau moderată - intervenție psihoterapeutică, în caz de ineficiență - intervenție psihofarmacologică • În depresie moderată - tratament psihofarmacologic și psihoterapeutic • În depresie severă - trimitere la CCSM • Prevenirea recidivelor prin monitorizarea sănătății fizice
---	--

PROFILAXIA

Evaluarea persoanelor care prezintă factori de risc în sensul declanșării unei tulburări depresive

Recomandări generale în profilaxia depresiei

• Educare a pacientului • Abordare generalistă	• Ajutorare de sine și auto-gestionare • Adoptarea unui stil de viață activ și activități fizice
--	--

Factori declanșatori

• stare scăzută de spirit, • lipsă a contactului vizual, vorbire monotonă și mișcare lentă, • consultări frecvente, cu oboseală și simptome fizice inexplicabile din punct de vedere somatic	• nervozitate, anxietate, insomnie, solicitări de tranchilizante, • pierderea greutatei (la persoane în vârstă), • perioada post-partum
--	---

Factori de risc personali în dezvoltarea depresiei

• Context genetic (istoric familial) • Personalitate ○ Introversiune ○ Respect de sine redus ○ Pesimism ○ Autocriticism exagerat ○ Dependență de alții	• Sănătate ○ Probleme hormonale (tiroidită autoimună, după sarcină ex.) ○ Boli somatice cronice (boala Parkinson, boli de sistem, DZ, demență) ○ Atac de cord sau accident cerebral-vascular ○ Administrare a unor medicamente ○ Comorbiditate psihiatrică ○ Consum de alcool și/sau droguri
---	---

Factori de risc ce țin de mediu/ambianță

• Relații sociale, serviciul și familia ○ Suport social redus (persoanele singure/divorțate) ○ Sărăcie, șomaj, discriminare, încălcarea drepturilor; ○ Tensiune înaltă la serviciu, lipsa controlului, suportului ○ Condamnare ○ Îmbolnăvirea persoanelor apropiate /partener bolnav ○ Aflarea în plasament /persoane în vârstă din aziluri ○ Tulburări psihiatrice la rude de gradul I	• Evenimente stresante ale vieții ○ Tinerețe traumatizantă (abuz sexual, neglijare emoțională) ○ Traumă psihologică la vârsta adultă (refugiați) ○ Evenimente stresante ale vieții interpersonale (în special la femei), inclusiv divorț sau boală (în special la persoane în vârstă) ○ Migrația
--	---

SCREENING-UL

Depistarea precoce a depresiei la persoanele care prezintă acuze prin adresarea următoarelor întrebări pentru

Prima orientare:

- Dispoziție proastă („Aveți dispoziție proastă? / Sunteți trist?”)
- Lipsa interesului sau a satisfacției în viața generală („Nu aveți plăcere de la ceea ce faceți de zi cu zi?”)

Dacă la ambele întrebări răspunsul este “Nu” → **nu este depresie !**

Întrebări	Lipsește	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Interes sau plăcere redusă de a face ceva				
2. V-ați simțit indispus, deprimat sau fără speranță				
3. Adormiți greu sau nu puteți dormi, ori dormiți prea mult				
4. Vă simțiți obosit sau lipsit de energie				
5. Poftă scăzută sau excesivă de mâncare				
6. Gândiți rău despre sine – sau credeți că sunteți un ratat ori că ați permis căderea dvs. ori a familiei				
7. Aveți probleme de concentrare asupra lucrurilor, așa ca citirea ziarelor sau vizionarea televizorului				
8. Vă mișcați sau vorbiți atât de lent, încât persoanele din jur au putut remarca acest lucru. Sau dimpotrivă - sunteți atât de neastâmpărat sau agitat, încât vă mișcați mult mai mult, decât de obicei				
9. Vă vin gânduri că mai bine ați muri sau de auto-vătămare				
Adăugați scorul coloanelor ☐ + ☐ + ☐				
(Pentru a interpreta TOTALUL, utilizați Fișa de scoruri)		TOTAL:		
10. Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut <i>dificilă</i> realizarea lucrului, preocuparea de lucrurile de acasă sau relațiile cu alte persoane		Defel dificil _____ Întrucâtva dificil _____ Foarte dificil _____ Extrem de dificil _____		

FIȘA DE SCORURI PHQ-9 pentru evaluarea severității depresiei

Calcularea scorului – adăugați toate casetele marcate în PHQ-9

Pentru fiecare bifare (✓): Lipsește = 0 puncte; Câteva zile = 1 punct;

Mai mult de jumătate din zile = 2 puncte; Aproape în fiecare zi = 3 puncte.

Interpretarea scorului total

Scor total	Severitatea depresiei	Acțiunea
0 - 4 puncte	Lipsește depresia	Nu necesită tratament
5 - 9 puncte	Ușoară	Tratament în funcție de durata simptomelor și afectarea activității zilnice
10 - 14 puncte	Moderată	
15 - 19 puncte	Moderat severă	
20 - 27 puncte	Severă	Tratament cu antidepresive, psihoterapie și/sau o combinație de tratamente

MANIFESTĂRILE CLINICE întâlnite în tulburarea depresivă

Simptomele tipice • Dispoziție deprimată pentru cea mai mare parte a zilei, zilnic, fără motiv, prezentă continuu cel puțin în ultimele 2 săptămâni • Pierdere a interesului sau a plăcerii în activități care în mod normal erau plăcute • Astenie, fatigabilitate	Simptomele adiționale întâlnite frecvent • Pierdere a încrederii în sine • Sentimente de vinovăție, culpabilitate, autoreproș • Gânduri recurente de moarte, sinucidere, comportament de tip suicidal • Diminuare a capacității de concentrare (indecizie, șovăială) • Modificare a activității psihomotorii în sensul agitației/inhibiției psihomotorii • Tulburări de somn: insomnie, hipersomnie, somn superficial, neodihnitor • Modificări ale apetitului cu modificări ale masei corporale (cel puțin 5% față de greutatea din luna precedentă)	Alte simptome întâlnite • Constipație • Cefalee accentuată matinal sau în urma unor situații de stres • Dureri osteoarticulare, mai ales la nivelul membrelor inferioare sau la nivelul dorso-lombar al coloanei vertebrale • Modificări de instinct sexual, cu scăderea marcată a libidoului
---	--	---

TRATAMENTUL

Obiective:

- Obținerea remiterii simptomelor
- Reducerea recidivelor, recăderilor și recurențelor depresiei
- Reîntoarcerea la nivelul precedent al funcțiilor ocupaționale și psihosociale

Diagnostic	Intervenții inițiale (1)	Intervenții secundare (2)
Simptome depresive	Educarea pacientului Structurarea zilei Programarea activităților	Structurarea zilei și programarea activităților Intervenție psihologică scurtă
Tulburare depresivă Distimie	Educarea pacientului/biblioterapie Structurarea zilei și programarea activităților Activități fizice Auto-ajutorare (biblioterapie/sănătate mintală) Intervenție psihologică scurtă	Psihoterapie și/sau medicamente antidepressiv
Depresie cu disfuncționalitate socială severă, suferințe, comorbiditate psihiatrică	Educarea pacientului Structurarea zilei și programarea activităților Psihoterapie sau medicamente antidepressiv	Combinație dintre psihoterapie și medicamente antidepressiv sau alte medicamente

Intervenții inițiale în caz de Depresie ușoară

- **Instruirea pacientului/biblioterapie** - informare despre:
 - simptome și prognostic (apar frecvent și deseori sunt temporare)
 - caracterul multifactorial (ereditar, biologic, social, pierdere traumatică) al originii depresiei
 - evoluția depresiei și influența pacienților asupra acesteia
 - practicarea unui stil activ de viață și reducerea consumului de alcool/droguri au un efect benefic asupra ameliorării stării emoționale.
- **Structurarea zilei** - sfaturi referitoare la:
 - planificarea structurii zilei, stabilind un timp regulat pentru trezire, culcare, masă, posibile activități de muncă și odihnă.
- **Activitatea fizică** - pentru persoanele cu simptome depresive persistente de nivel sub-prag sau depresie de la ușoară la moderată trebuie:
 - să fie practică în grupuri, cu suportul unui practician competent;
 - să conțină de regulă trei ședințe pe săptămână, cu o durată 45 - 60 min., pe parcursul a 10 - 14 săptăm.

Intervenții psihologice pe termen scurt

- **Auto-ajutorare ghidată** bazate pe terapia cognitiv-comportamentală trebuie:
 - să presteze materiale scrise corespunzătoare vârstei;
 - să fie susținută de către un practician instruit, care facilitează programul de auto-ajutorare și examinează progresul și rezultatele;
 - să constituie din 6-8 ședințe (față-în-față/la telefon), pe parcursul a 9-12 săptăm., inclusiv monitorizare.
- **Tratament prin rezolvarea problemelor** – consiliere:
 - persoanelor cu simptome depresive persistente de nivel sub-prag/depresie ușoară/moderată
 - durata tratamentului trebuie, de regulă, să fie de la 6 la 10 ședințe pe parcursul a 8 - 12 săptăm.
 - pot fi efectuate de către asistentele medicale din domeniul sănătății mintale sau asistenții sociali.

Principiile de prescriere/alegere a antidepressantului de către medicul de familie

- Discuțați despre opțiunile de tratament antidepressiv, acoperind următoarele aspecte:
 - alegerea antidepressivului, reacțiile adverse, posibilele interacțiuni cu medicamentele concomitente, problemele legate de sănătatea fizică
 - percepția referitor la eficacitatea și tolerabilitatea antidepressivelor administrate anterior.
- Antidepressivul prescris primar ar trebui să fie un ISRS în formă generică.
- ISRS sunt tot atât de efectivi, ca și alți antidepressanți și prezintă un raport favorabil risc-beneficiu.

Rețineți următoarele:

- ISRS sunt asociați cu un risc sporit de hemoragie, în special la persoanele în vârstă sau care folosesc și alte medicamente ce pot afecta mucoasa gastrointestinală/interferează cu coagularea.
- Prescrieți un gastro-protector celor care utilizează medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene sau Acid acetilsalicilic.
- Fluoxetina, Fluvoxamina și Paroxetina sunt asociate cu o predispunere mai înaltă spre interacțiuni

cu medicamentele, decât alți ISRS.

- Paroxetina este asociată cu o mai înaltă incidență a simptomelor de discontinuitate, decât alți ISRS.

La prescrierea altor medicamente, decât ISRS rețineți următoarele:

- Probabilitate crescută pentru întreruperea tratamentului din cauza efectelor secundare (și necesitatea ulterioară de a mări gradual doza) după Venlafaxină, Duloxetină și antidepresivele triciclice.
- Precauții specifice, contraindicații și cerințe de monitorizare pentru anumite medicamente:
 - dozele mari de Venlafaxină pot agrava aritmiile cardiace, precum și necesitatea monitorizării TA;
 - posibilă agravare a hipertensiunii arteriale în urma Venlafaxinei și Duloxetinei;
 - posibilitatea hipotensiunii arteriale și a aritmiilor în urma antidepresivelor triciclice;
 - necesitatea monitorizării hematologice cu Mianserină la persoanele în vârstă.
- Inhibitorii ireversibili ai monoaminooxidazei, așa ca Fenelzina, se prescriu doar de către un specialist în sănătate mintală!
- Nu trebuie prescrisă Dozulepina!

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

Prescrieți un antidepresant din grupa ISRS - Inhibitor Selectiv al Recaptării Serotoninei			
Paroxetine	10 - 80 mg/zi	Escitalopramum	5 - 20 mg/zi
Sertraline	50 - 200 mg/zi	Paroxetine	10 - 80 mg/zi
Fluvoxamine	50 - 400 mg/zi	Sertraline	50 - 200 mg/zi
Fluoxetine	20 - 80 mg/zi	Fluvoxamine	50 - 400 mg/zi
Citalopram	20 - 60 mg/zi		

CRITERII PENTRU REFERIRE LA CCSM

- Depresie de severitate moderată, în caz adacă nu răspunde la tratament în AMP
- Depresie severă, cu sau fără simptome psihotice
- Ideea suicidară
- Patologie psihiatrică asociată
- Recidive cu disfuncție socială sau suferințe severe
- Rezistență la tratamentul psihoterapeutic și / sau tratamentul antidepresiv
- Depresiile presenile, în timpul sarcinii/postpartum, cu sau fără simptome psihotice

CRITERII DE SPITALIZARE

- Ineficiența/incapacitatea de rezolvare a cazului, de comun acord cu CCSM
- Pacienți psihotici/cu risc suicidal de la CCSM, la solicitarea serviciilor de urgență, poliției, cu înștiințarea CCSM
- Necesitatea administrării tratamentului farmacologic intens și a altor metode, după caz

SUPRAVEGHERE

- Pacienții fără risc de suicid se consultă o dată la 2 săptămâni.
- Ulterior, consultați regulat la 2-4 săptăm. în primele 3 luni de terapie, în răspuns la tratament - la intervale mai mari.
- Dacă persoană cu depresie dezvoltă efecte secundare:
 - monitorizați simptomele atunci, când efectele secundare sunt ușoare și acceptabile pentru persoană;
 - încetați administrarea sau schimbați cu un alt antidepresiv, dacă răspunsul terapeutic lipsește, iar efectele secundare persistă;
 - examinați posibilitatea unui tratament psihoterapeutic concomitent, dacă anxietatea, agitația și/sau insomnia sunt problematice;
 - în caz de necesitate asociați remedii adaptogene, vasoactive, antioxidante, hormonale, β-blocante.
- Dacă depresia nu se ameliorează după 2-4 săptăm. cu primul antidepresiv, verificați dacă s-a luat cu regularitate în doza prescrisă.
- Dacă răspunsul la terapie lipsește sau este minimal după 3-4 săptăm. de administrare în doză terapeutică, măriți nivelul de susținere (prin contacte săptămânale față-în-față/telefonice) și examinați posibilitatea de a:
 - mări doza, conform Sumarului Caracteristicilor Produsului, dacă nu există efecte adverse considerabile **sau**
 - treceți la un alt antidepresiv, dacă există efecte adverse sau dacă persoana preferă acest lucru.
- Dacă sunt semne de ameliorare după 4 săptămâni, continuați tratamentul încă 2-4 săptămâni.
- Examinați posibilitatea trecerii la un alt antidepresiv, dacă:
 - răspunsul terapeutic încă nu este suficient/există efecte adverse/persoana preferă să modifice tratamentul .