

PSIQUIATRIA

TRASTORNO BIPOLAR

EXPERTOS DE VALIDACIÓN INTERNA (Autores)

Dra. Ana Irina Padrón García

Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructora.

Dra. Eudelia Milagros Marot Casañas

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar..

Dr. Ignacio Zarragoitia Alonso

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar.

EXPERTOS DE LA VALIDACIÓN EXTERNA

Dr. C. Armando Caballero López

Especialista de II Grado en Anestesiología. Profesor Titular del Hospital Provincial Arnaldo Millán, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Cuba.

MsC. Dr. José F. Pérez Milán

Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Farmacología. Profesor Auxiliar del Hospital Psiquiátrico Bernabé Ordaz, La Habana., Cuba.

Dr. Alejandro García Garcerán

Especialista de II Grado en Psiquiatría del Centro Comunitario de Salud Mental. La Habana, Cuba.

Servicio : Psiquiatría

psiq@hha.sld.cu

Teléfono : 876-1575

Actualización: abril 2012

DEFINICIÓN

El *trastorno afectivo bipolares* una de las enfermedades mentales más comunes , severas y persistentes .Es una enfermedad mental grave, difícil de controlar con los tratamientos disponibles en la actualidad , con una evolución crónica y se caracteriza por atravesar fases de depresión y de hipomanía o manías, siendo destacable el riesgo de suicidio.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS EPISODIOS DEL TRASTORNO BIPOLAR

Episodios depresivos

- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Episodios de normalidad o eutimia

- Humor normal, o ánimo normal.

Episodios maníacos

Un episodio maníaco cursa con algunos de los siguientes síntomas (más de tres):

- Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Hospitalización involuntaria.

- Problemas legales y/o económicos.
- Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
- Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)
- Disminución de la necesidad de dormir
- Ganas de hablar más de lo necesario.
- Sensación de pensamiento acelerado.
- Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...).
- Conductas desinhibidas, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas...)
- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Ideas de grandeza.
- Aumento del deseo sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.
- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales.
- La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Olvido de las consideraciones éticas.
- Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios.
- Puede tener consecuencias desagradables:

Episodio Hipomaniaco

- Se llama episodio hipomaniaco (literalmente, “menos que maníaco”) si hay un episodio como el anterior, pero sin llegar a provocar un deterioro laboral o social.

Episodio Mixto

- Son episodios donde aparecen, al mismo tiempo, alteraciones propias de la fase depresiva y de la fase maníaca o sea que aparecen al mismo tiempo depresión y exaltación, hiperactividad, insomnio, ideas negativas.
- Son especialmente complejos aquellos episodios mixtos que cursan con ideación depresiva, pues existe una mayor posibilidad de que el paciente pase a la acción y realice intentos suicidas de elevada letalidad, buscando incluso la espectacularidad en su autolisis. Las características más comunes en los episodios mixtos son (al menos tres):
 - Alternancia rápida de distintos estados de ánimo (depresión, euforia, irritabilidad)
 - Predominio de la disforia (mal genio)
 - Agitación.
 - Insomnio.
 - Alteración del apetito.
 - Ideación suicida.
 - Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS

- **Trastorno afectivo bipolar tipo I:** Presencia de episodios depresivos y maníacos. El paciente ha experimentado uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión mayor.
- **Trastorno afectivo bipolar tipo II:** Presencia de episodios depresivos e hipomaníacos. Se plantea cuando sólo han tenido episodios depresivos mayores y algún episodio hipomaniaco.
- **Episodios afectivos mixtos:** Presencia de síntomas maníacos y depresivos al mismo tiempo.
- **El trastorno ciclotímico o ciclotimia:** Es una alteración crónica y con fluctuaciones, con periodos que comportan síntomas hipomaníacos y periodos que comportan síntomas depresivos. Ni unos ni otros tienen la gravedad ni la cantidad suficiente como para hablar de una fase hipomaníaca o de una fase depresiva.
- **Trastorno Bipolar no especificado:** Se plantea cuando no se cumplen los criterios de tiempo y duración de los episodios hipomaníacos y depresivos.

Diagnóstico que se utiliza para indicar afecciones bipolares que no encajan en otras categorías diagnósticas.

- **Cicladores rápidos:** Se refiere a la rapidez con la que se pasa de la depresión a la manía. Se considera que un paciente diagnosticado de Trastorno Bipolar, es un Ciclador Rápido cuando. Cuando presenta al menos cuatro recurrencias al año (entendiendo por episodios, tanto los depresivos como los maníacos). Presenta menor respuesta al Litio, que puede incluso provocar ciclos rápidos por inducir hipotiroidismo. Suelen presentar previamente episodios depresivos e hipomaníacos.

Diagnóstico diferencial

- **Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:** Si nos encontramos con un episodio maniaco, y no hay antecedentes claros de depresión, las fases de exaltación se parecen, a veces, a un trastorno psicótico como la esquizofrenia. Nos ayuda al diagnóstico la existencia de exaltación, euforia y, sobre todo, alteraciones importantes del sueño.

El curso de la enfermedad, a la larga, es muy esclarecedor. El tratamiento de un cuadro maniaco y de un brote psicótico como la esquizofrenia puede ser parecido, pero los episodios maníacos suelen curar sin demasiadas secuelas.

La importancia de realizar un diagnóstico acertado es que el trastorno bipolar tiene tratamiento preventivo que puede llegar a ser muy eficaz.

- **Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias:** Anfetaminas, cocaína y estimulantes en general.
- **Inducción de la manía por un tratamiento antidepresivo.** Si desaparece por completo al reducir la medicación antidepresiva se diagnostica como inducido por sustancias (antidepresivos).
- **Inducción por el tratamiento electroconvulsivante (TEC o electroshock).** Es muy raro, pero posible.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** Especialmente si el niño presenta, al mismo tiempo, síntomas depresivos, lo que puede plantear dudas con un episodio mixto).
- **Trastornos orgánicos que deben ser evaluados ante la sospecha de un trastorno bipolar, son:**
 - Esclerosis múltiple, con afectación del lóbulo frontal.

- Tumores cerebrales
- Enfermedad de Cushing (por exceso de actividad de las glándulas suprarrenales, o por haber tomado un exceso de corticoides).
- Demencias que cursan con frontalización (enfermedad de Pick, por ejemplo).
- Ingestión de sustancias o drogas de abuso capaces de inducir estados parecidos a los maníacos (cocaína, anfetaminas, etc.)
- Hipertiroidismo.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS, O AMBAS

- **Hematología:** hemoglobina, hematocrito, leucograma con diferencial, VSG, serología – VIH. ☐
- ☐ **Hemoquímica:** glicemia, prueba de tolerancia a la glucosa, proteínas totales, colesterol y lípidos totales, TGO y TGP, creatinina.
- **Hormonas:** T3, T4, TSH y TRH, cortisol.
- **Otros: C**
 - Calcio y sodio
 - Determinación en orina de metabolitos de neurotransmisores (si fuese necesario)
 - Litemia (si lleva tratamiento con sales de litio)
 - Dosificación de Vitamina B-12
 - Determinación de carbamazepina o valproato de sodio o magnesio en sangre (si lleva tratamiento con alguno de estos anticonvulsivos)
 - Dosificación de antidepresivos y neurolépticos en sangre (si fuese necesario)
 - Determinación en sangre niveles de drogas psicoactivas.
 - Electrocardiograma
 - Citoria.
- **Imagenología:** ultrasonido de tiroides, tomografía axial computarizada
- **Electrofisiología:** Electroencefalograma, estudios Neurofisiológicos.

Pruebas Psicológicas

- Escala de evaluación de Hamilton para la depresión y ansiedad.
- Escala de Young para la Evaluación de la Manía.

- Bender.
- Cuarto excluido.
- Machover.
- Cuestionario de cogniciones anticipatorias.
- Minimental state (pacientes mayores de 60 años).
- Escala de la depresión geriátrica de Yesavage.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado con un tratamiento adecuado. El objetivo del tratamiento consiste en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo. La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas subsindromáticos. Se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. La terapia farmacológica debe ser personalizada, especialmente durante las fases de desequilibrio.

Tratamiento higiénico dietético

- Dieta adecuada dirigida a controlar los trastornos del metabolismo lipídico, glucídico o insulínico.
- Dieta alta en fibra dietética, en fotoquímicos, en carbohidratos complejos, baja en carbohidratos simples y grasas saturadas.
- Vitaminoterapia (Vit complejo B, Vit C, Vit E), ácido fólico y ácidos grasos esenciales.

Tratamiento biológico (Incluye psicofármacos y tratamiento electroconvulsivante)

Tratamiento farmacológico

Medicaciones de primera línea

- **Estabilizadores del humor** estabilizadores del estado de ánimo (constituyen el *tratamiento farmacológico principal*)

Son medicamentos que sirven para hacer que el estado de ánimo permanezca estable sin altibajos y así mismo prevenir o mitigar episodios de manía o depresivos. Además, poseen eficacia para disminuir la frecuencia y severidad de los episodios depresivos y maníacos y para la profilaxis o prevención de la recurrencia de estos episodios. Los representan el litio y los anticonvulsivantes.

- **Litio:** es efectivo en el tratamiento de la manía pura, como profilaxis de mantenimiento en trastornos bipolares y en trastornos depresivos

recurrentes; pero lo es menos en el tratamiento de las formas mixtas y para los cicladores rápidos. Cuando se analiza los criterios para definir el estabilizador del ánimo el litio es el único que cumple los criterios para esta definición. Esto es importante para los clínicos pues se conoce la eficacia de este fármaco, particularmente en la manía aguda y la profilaxis.

- **Antiepilépticos o anticonvulsivos:** Los anticonvulsivos o anticonvulsivantes tienen eficacia demostrada en el tratamiento de los trastornos del humor. Entre los anticonvulsivantes más efectivos para la estabilización del humor figuran el ácido valproico, la carbamazepina y la lamotrigina. La oxcarbazepina y el topiramato forman parte de un grupo de anticonvulsivos más recientes.

– **Antimaníacos**

Dentro de este grupo de fármacos se encuentran los antipsicóticos (*neurolepticos típicos y atípicos*). Durante mucho tiempo los neurolepticos clásicos, desempeñaron un papel importante en el tratamiento de la agitación, las psicosis maníacas y también previenen la recurrencia de los episodios de la enfermedad bipolar. Sin embargo, debido al riesgo de diskinesia tardía y síntomas extrapiramidales son considerados un tratamiento de *segunda línea*.

Recientemente con la aparición en el mercado de los *antipsicóticos atípicos* se han ido reemplazando a los antiguos neurolepticos por estos fármacos, los cuales están asumiendo un papel complementario en el tratamiento de los trastornos bipolares. Todos los antipsicóticos atípicos están aprobados por la FDA estadounidense para el tratamiento de estados agudos de manía, siendo cada vez utilizados en el tratamiento de la manía aguda y la estabilización de ánimo.

Antipsicóticos típicos

- *Clorpromazina clorhidrato* (Tab 25 y 100 mg; amp 25 mg/mL y 50 mg/2 mL), gotas 10 mg/mL en Fcos 15 mL). Dosis: (mg/d) 200 a 800 mg/día, VO.
- *Flufenazinadecanoato* (Tab 2,5 mg, amp 25 mg/mL). Dosis: 2 a 60mg/día VO

- *Haloperidol* (Tab 1,5 mg; amp. 5 mg/mL). Dosis inicial: 1,5-3 mg cada 8-12 h y de mantenimiento: 5-10 mg/día. Esta dosis es mucho mayor en casos de resistencia)
- *Perfenazina* (Decentan en España; Trilafon, en EE.UU.) Dosis: 2 a 30 mg/día. vo
- *Tioridacina* (Tab 25 mg). Dosis: 100-600mg/día
- *Pimozida* (Tab 1 y 4 mg). Dosis: 2-20mg/día, VO.
- *Trifluoperazina* diclorhidrato (Tab 1 y 5 mg). Dosis: 5-30mg/día, VO
- *Levomepromazina* (Tab 25 mg). Dosis: 90 a 600mg/día, VO.

Antipsicóticos atípicos

- *Risperidona* (Risperdal). Dosis: 4 a 16mg/día, VO.
- *Olanzapina* (Zyprexa, Zydis) . Dosis: 10 a 30mg/día, VO
- *Quetiapina* (Tab 200 mg). Dosis: 150- 750mg/día, VO.
- *Aripripazol* (Abilify), Dosis: 15 a 30mg/día, VO.
- *Ziprasidona* (Zeldox), Dosis: 80-160mg/día, VO.
- *Clozapina* (Leponex). Dosis: 150-450 mg/día, VO.

En cicladores rápidos que no se controlan con Litio y/o Ácido Valproico, se puede combinar uno de ellos con un antipsicótico.

Tratamiento electroconvulsivante

Se puede usar terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar que no responde a los medicamentos y en pacientes graves o resistentes al tratamiento, que no haya respuesta farmacológica o cuando ésta se haya contraindicada

- La terapia electroconvulsiva es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con el uso de medicamentos.
- También se puede considerar su indicación para pacientes con episodios mixtos y, durante el embarazo, en fases maníacas graves y para episodios con características catatónicas.
- En casos refractarios se puede indicar la terapia electroconvulsivante de mantenimiento, con buenos resultados.

Estimulación magnética transcraneal

Usa pulsos magnéticos de alta frecuencia que están dirigidos a las áreas afectadas del cerebro. Se utiliza como tratamiento de segunda línea después de la terapia electroconvulsiva.

Tratamiento de las depresiones en el trastorno bipolar

La recomendación de la Asociación Americana de Psiquiatría, desde 2002, es el empleo de un estabilizador del ánimo, de preferencia el *litio* o la *lamotrigina* en el tratamiento de la fase aguda depresiva.

El empleo de antidepresivos debe ser muy cuidadoso, y siempre en asociación con los estabilizadores del ánimo. Los antidepresivos pueden empeorar el curso de la enfermedad si inducen un viraje (también llamado cambio de ciclo o ciclaje). Un viraje se define como la aparición de un cuadro de manía, hipomanía o mixto, durante el tratamiento agudo de la depresión bipolar.

- Los antidepresivos más peligrosos, en cuanto a desatar un viraje, son los que actúan de forma prioritaria sobre los neurotransmisores noradrenalina y dopamina. Tales fármacos llegan a provocar un 50% de virajes, aún administrados conjuntamente con un estabilizador.
- Los antidepresivos tricíclicos tienden a precipitar el ciclaje rápido. Los tricíclicos podían transformar en ciclador rápido a un paciente que no lo era.
- Todos los antidepresivos, en mayor o menor grado, tienen el riesgo de provocar virajes. Los menos "agresivos" son los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) como fluoxetina, sertralina, citalopram, etc. Algunos autores consideran que el uso de antidepresivos no es adecuado ni en las fases depresivas.
- En lo que existe consenso es en que deben usarse siempre en asociación con algún estabilizador.
- Hay evidencias científicas de la eficacia de la Lamotrigina en el tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar y ha demostrado también ser un excelente tratamiento profiláctico para evitar fases depresivas, si es empleado a largo plazo.
- Tanto la olanzapina, como la combinación de olanzapina y fluoxetina demostraron ser eficaces en estudios .La respuesta en el grupo de la combinación resulta superior y solo la combinación de olanzapina y

fluoxetina recibió la indicación de la Food and Drug Administration(FDA) para el tratamiento agudo de la depresión bipolar.

- En conclusión los medicamentos que han demostrado fuertes evidencias de eficacia para el tratamiento agudo de la depresión bipolar I, fueron la olanzapina combinada con fluoxetina, la quetiapina y la lamotrigina.

Antidepresivos: para la fase depresiva del TB preferiblemente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Coadyuvantes

- Hormona tiroidea.
- Pindolol
- Ansiolíticos, como las benzodiazepinas para el sueño y la ansiedad. .
- Antidepresivos a los estabilizadores del estado de ánimo para tratar la depresión.

Otros

Tratamiento de los episodios mixtos e hipomanía.

- Varios análisis de la eficacia de agentes en los episodios mixtos y de depresión no se encontraron resultados significativamente diferentes entre olanzapina y valproato y carbamazepina con litio .
- Para la profilaxis, específicamente para la hipomanía el litio fue más eficaz que placebo en la prevención del episodio hipomaniaco .En términos generales, los estabilizadores del estado de ánimo son más eficaces en el tratamiento y la prevención de episodios maníacos asociados al trastorno bipolar. Sin embargo, otras medicaciones; por ejemplo: lamotrigina, fluoxetina, quetiapina. También han demostrado eficacia para el tratamiento de la depresión bipolar.
- Para una mejor respuesta terapéutica se pueden combinar estabilizadores del estado de ánimo con antipsicóticos cuando en cuadro maníaco presenta síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones e ideas delirantes) o bien se pueden combinar con algún antidepresivo cuando hay predominancia de ciclos a la depresión.

Tratamiento de los cicladores rápidos

- La *primera línea* de tratamiento debe ser: litio, valproato y CZP. La información sugiere que el valproato, y posiblemente la CZP, serían los agentes que mejor se corresponden con el tratamiento de cicladores

rápidos, existe cada vez más evidencia de que los pacientes cicladores rápidos deberían ser tratados en primera instancia con un anticonvulsivamente como el valproato antes que el litio. (1,2) (33-39).

- La *segunda línea* del algoritmo se basa en la inclusión de uno de los agentes alternativos no utilizados en la primera línea, en pacientes que no han respondido o lo han hecho en forma parcial al tratamiento de primera línea. La recomendación es que, aún en ausencia de respuesta, se continúe con el agente original y luego se agregue una segunda droga.
- La *tercera línea* en este algoritmo incluye una serie de recomendaciones que se apoyan en hechos aislados. Una de las opciones es continuar con litio, mientras se reemplaza un anticonvulsivante por otro. Otra de las opciones es agregar un tercer estabilizador del estado de ánimo a los dos que se vienen utilizando (litio + valproato + CZP), lo cual se basa en asumir que los efectos anticonvulsivantes son aditivos. La otra opción es complementar cualquier combinación que se haga con litio, valproato y CZP con un preparado a base de tiroides, generalmente T4.
- La *cuarta línea* que se plantea es el uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) en el tratamiento agudo de la manía o de la depresión. En los casos refractarios la terapia electroconvulsivante de mantenimiento, puede dar buenos resultados.
- En los cicladores rápidos el tratamiento con un sólo ATD puede llevar a un acortamiento en la duración del ciclo. Por este motivo, es que se recomienda un uso cauteloso de ATD para el tratamiento de la fase.
- Todos los antidepresivos, en mayor o menor grado, tienen el riesgo de provocar virajes. Los menos "agresivos" son los ISRS. Algunos autores consideran que el uso de antidepresivos no es adecuado ni en las fases depresivas.
- En lo que existe consenso es en que deben usarse siempre en asociación con algún estabilizador.
- La combinación de olanzapina y fluoxetina fue el único fármaco aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento agudo de la depresión bipolar.
- Existe un creciente consenso de que la terapia bimodal, es decir, la utilización de dos estabilizadores del estado de ánimo (litio +

anticonvulsivante), sería más recomendable para el tratamiento de las irrupciones maníacas o depresivas, leves o moderadas del trastorno bipolar; más que las terapias convencionales unimodales, que se basan en el empleo de antipsicóticos para la manía y antidepresivos para la depresión.

Clasificación

- **Clase A:** desde Arriba Previene episodios maníacos sin empeorar la depresión (litio, VPA, Antipsicóticos Atípicos)
- **Clase B:** desde Abajo Previene episodios depresivos sin causar cambio a manía o la aceleración de episodios (Lamotrigina, Litio?)

Cuadro __: Tratamiento aprobado por la FDA para el trastorno Bipolar

Nombre Genérico	Nombre comercial	Mania	Mixto	Mantenimiento	Depresión
Valproate	Valproato	X			
Carbamazepina ^{LA}	Carbamazepina	X	X		
Lamotrigina	Lamotrigina			X	
Litio		X		X	
Aripiprazole	Abilify	X	X	X	
Ziprasidona	Zeldox	X	X		
Risperidona	<i>Risperdal</i>	X	X		
Quetiapina	<i>Seroquel</i>	X			X
Cloropromazina	<i>Cloropromazina</i>	X			
Olanzapina	<i>Zyprexa</i>	X	X	X	
Olanzapina/fluoxetina Combinación	<i>Symbyax</i>				X

FDA-Régimen de tratamiento aprobado para el Trastorno Bipolar

David A. Gutman, MD, PhD Charles Nemeroff, MD, PhD. 2007

Tratamiento psicoterapéutico

El abordaje básico del Trastorno Bipolar es farmacológico, no obstante, casi todas las fuentes consultadas recomiendan apoyo psicoterapéutico complementario. Entre los procedimientos psicoterapéuticos que se han utilizado, el que cuenta con más y mejores pruebas a su favor es la psicoeducación. Hay autores que plantean que la psicoeducación es la única técnica psicológica que ha demostrado ser eficaz en estos pacientes.

El elemento básico para el tratamiento del paciente con un trastorno bipolar es la toma de conciencia del problema, su conocimiento por parte del afectado y sus allegados mediante una psicoeducación adecuada que les permita hacer frente a las crisis sin temores infundados y con las herramientas más válidas; así como prevenir las recaídas.

Los tratamientos familiares que combinan apoyo y educación acerca del trastorno bipolar (psicoeducación) parecen ayudar a las familias a hacerle frente y reducir las probabilidades de retorno de los síntomas.

Tratamiento social

En cuanto al aspecto social, se debe buscar la plena integración en el entorno. Para ello es condición prioritaria la normalización de éste y los demás trastornos mentales. La erradicación del estigma, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas, es el mejor instrumento para que la propia persona afectada reduzca sus niveles de estrés social, que en muchas ocasiones son los que le provocan cambios de humor extremos.

En este aspecto debemos en primer lugar evaluar el soporte familiar y comunitario con el que cuenta el paciente y el grado de funcionamiento global de este una vez que se estabilice con el tratamiento (libre de síntomas, esté en eutimia) .El equipo de salud mental del servicio , en coordinación con el del área de salud debe idear las estrategias pertinentes para garantizar la reincorporación social del paciente y su reincorporación a su medio familiar , laboral , de esto ser posible , y social , para lograr su rehabilitación.

EVALUACION DE RESULTADOS

Indicadores de estructura	Estándar (%)
<i>Recursos humanos</i>	
% del personal entrenado (Psiquiatras, Enfermeros especializados en Psiquiatría, Terapeutas ocupacionales, Trabajadoras Sociales, Familiares, Equipo de Salud de los Servicios de Medicina Interna, Endocrinología y del Dptp. de Laboratorio,electrofisiología e Imaginología) necesarios para aplicar este PA	> 95
<i>Recursos materiales</i>	
Reactivos para los estudios según lo establece el PA	> 95
% disponibilidad de la Clasificación Internacional de enfermedades, Versión para Enfermedades Psiquiátricas (CIE-10).	> 95
Medicamentos según se detallan en el PA	> 95
<i>Recursos organizativos</i>	
% Modelo de Registro para síntomas de gravedad establecidos en fases depresiva, hipomanía y manía y para Pruebas Psicológicas.	100
% Planillas Recogida de Datos por paciente atendido	
% planillas ingresadas en la Base de datos electrónica	100
Indicadores de procesos	Estándar (%)
% Paciente evaluado en consulta externa de protocolo de trastorno bipolar , que cumple los criterios diagnósticos del trastorno bipolar, que presente sintomatología depresiva , hipomaniaca o maniaca .	> 90
% Pacientes inscritos en el hospital con historia clínica oficial , donde se recolectarán los datos iniciales en consulta externa, que cumpla los criterios diagnósticos de trastorno bipolar.	> 95
Indicadores de resultados	Estándar (%)
<i>Se considerarán resultados favorables si:</i> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente fue dado de alta con mejoría de la sintomatología sin reingreso en Psiquiatría en un período del un año. - El paciente no requirió tratamiento anticonvulsivante durante su estancia hospitalaria. - El paciente se mantuvo bajo control médico ambulatorio, sin aumento de la medicación farmacológica después del egreso hospitalario y con remisión completa de los síntomas o sea eutímico. - No se presentaron otras enfermedades médicas que requiriesen hospitalización o modificación del tratamiento. 	> 65
<i>Se considerarán resultados desfavorables si:</i> <ul style="list-style-type: none"> - No se cumple uno cualquiera de los parámetros 	≤ 35

<p>anteriores, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hubo remisión completa de los síntomas - Fue necesario su reingreso por aparición de algún episodio - Requirió tratamiento electroconvulsivante durante su hospitalización - No regresó a las consultas de control - Necesitó aumento de la medicación para controlar los síntomas o lo abandonó - Fue hospitalizado por otra dolencia médica requiriendo la modificación del tratamiento. - Suicidio. 	
--	--

Fase de diagnóstico en Sala

Estado mental: revisión de la Historia Clínica confeccionada por el médico de asistencia para identificar la presencia de síntomas de episodios depresivos, maníacos e hipomaníacos, su gravedad, evolución. De acuerdo a los resultados los pacientes serán clasificados según los diferentes tipos de trastornos bipolares.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologists: Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:267–272
- American Psychiatric Association. Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2004. Barcelona: Ars Medica; 2004
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002; 159:1–50
- Bauer M.S., Mitchner L. What Is a “Mood Stabilizer”? An Evidence-Based Response *Am J Psychiatry* 2004; 161:3–18
- Benazzi F. Bipolar disorder -- focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*. 2007; 369:935-945.
- Bowden CL, Grunze H, Mullen J, Brecher M, Paulsson B, Jones M, Vagero M, Svensson K: A randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy and safety study of quetiapine or lithium as monotherapy for mania in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:111–121
- C. Souto Uo Esperdn, S. Barroilhet, 1. Landecho Acha y E Ortuno Sanchez-Pedreño. Nuevos tratamientos para la enfermedad bipolar en niños y adolescentes: aprendiendo de los estudios en adultos. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31(l):
- Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE Jr, Lewis L, McElroy SL, McNulty JP, Wagner KD: Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:53–59
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:530–537
- Keck PE Jr, Marcus R, Tourkodimitris S, Ali M, Liebeskind A, Saha A, Ingenito G: A placebo-controlled, double-blind study of the efficacy and safety of aripiprazole in patients with acute bipolar mania. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1651–1658

- Keck PE Jr, Versiani M, Potkin S, West SA, Giller E, Ice K: Ziprasidone in the treatment of acute bipolar mania: a three-week, placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Am J Psychiatry* 2003; 160:741–748
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593–602
- Khanna S, Vieta E, Lyons B, Grossman F, Eerdekens M, Kramer M: Risperidone in the treatment of acute bipolar mania: double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 2005; 187:229–234
- McIntyre RS, Brecher M, Paulsson B, Huziar K, Mullen J: Quetiapine or haloperidol as monotherapy for bipolar mania: a 12-week, double-blind, randomised, parallel-group, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:573–585
- Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;24;(1):CD004854.
- Newcomer JW: Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005; 19(suppl 1):1–93
- Potkin SG, Keck PE Jr, Segal S, Ice K, English P: Ziprasidone in acute bipolar mania: a 21-day randomized, double-blind, placebo-controlled replication trial. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25:301–310
- Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med.* 2007; 356:1711-1722.
- Schiffer RB. Psychiatric disorders in medical practice. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine.* 23rd ed. Philadelphia, Pa:Saunders Elsevier;2007:chap 420.
- Smulevich AB, Khanna S, Eerdekens M, Karcher K, Kramer M, Grossman F: Acute and continuation risperidone monotherapy in bipolar mania: a 3-week placebo-controlled trial followed by a 9-week double-blind trial of risperidone and haloperidol. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:75–84

- Tohen M, Baker RW, Altshuler LL, Zarate CA, Suppes T, Ketter TA, Milton DR, Risser R, Gilmore JA, Breier A, Tollefson GA: Olanzapine versus divalproex in the treatment of acute mania. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1011–1017.
- Tohen M, Chengappa KN, Suppes T, Zarate CA Jr, Calabrese JR, Bowden CL, Sachs GS, Kupfer DJ, Baker RW, Risser RC, Keeter EL, Feldman PD, Tollefson GD, Breier A: Efficacy of olanzapine in combination with valproate or lithium in the treatment of mania in patients partially nonresponsive to valproate or lithium monotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:62–69.
- Tohen M, Goldberg JF, Gonzalez-Pinto Arrillaga AM, Azorin JM, Vieta E, Hardy-Bayle MC, Lawson WB, Emsley RA, Zhang F, Baker RW, Risser RC, Namjoshi MA, Evans AR, Breier A: A 12-week, double-blind comparison of olanzapine vs haloperidol in the treatment of acute mania. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:1218–1226.
- Tohen M, Sanger TM, McElroy SL, Tollefson GD, Chengappa KN, Daniel DG, Petty F, Centorrino F, Wang R, Grundy SL, Greaney MG, Jacobs TG, David SR, Toma V: Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania. Olanzapine HGEH Study Group. *Am J Psychiatry* 1999; 156:702–709
- Vieta E, Bourin M, Sanchez R, Marcus R, Stock E, McQuade R, Carson W, Abou-Gharbia N, Swanink R, Iwamoto T: Effectiveness of aripiprazole vs haloperidol in acute bipolar mania: double-blind, randomised, comparative 12-week trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187:235–242
- Weisler RH, Keck PE Jr, Swann AC, Cutler AJ, Ketter TA, Kalali AH: Extended-release carbamazepine capsules as monotherapy for acute mania in bipolar disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:323–330
- Zajecka JM, Weisler R, Sachs G, Swann AC, Wozniak P, Sommerville KW: A comparison of the efficacy, safety, and tolerability of divalproex sodium and olanzapine in the treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:1148–1155