

PSIQUIATRÍA

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
PARA EL TRATAMIENTO
DEL TRASTORNO BIPOLAR**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR

INTRODUCCIÓN

Los trastornos bipolares (TBP) son enfermedades de alta incidencia y comorbilidad, causantes de enormes costos y sufrimientos; así como de difícil detección y diagnóstico debido a una amplia gama de síntomas también atribuibles a otros trastornos psiquiátricos. Si bien lo que define al trastorno bipolar es la exaltación anímica, los pacientes pasan la mayor parte del tiempo en depresión; lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento adecuados (medicación y psicoeducación) con perjuicio significativo del pronóstico.

Su fuerte impacto sobre las funciones ocupacional y social ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a clasificarlas como la 6ta. enfermedad más discapacitante. La prevalencia de las formas I y II de los TB ha sido tradicionalmente estimada entre el 1 y 2% (96); pero, si se extiende esta valoración a las variantes no especificadas incluidas en el espectro bipolar, la proyección aumenta a entre 4 % y 6 %. Estas estimaciones han sido recientemente respaldadas por los datos del National Comorbidity Survey Replication, el cual establece una incidencia del 1 % para el tipo I; 1.1 % para el tipo II; y 2.4 % para las formas no especificadas (NOS) de los TB.

Los TBP se encuentran entre las 10 enfermedades que generan más gasto en el mundo. El 85 % de los costos son indirectos, principalmente a expensas de la pérdida de días de trabajo (50 %), los cuidados de los pacientes por parte de terceros y la elevada tasa de suicidios consumados. Solo

el 15 % de los gastos ocasionados por estos trastornos es afrontado por el sistema de salud; mientras que el 85 % restante debe ser pagado por el afectado, sus allegados y la sociedad en general.

El tratamiento adecuado de los TB permite una disminución significativa del número de episodios y una recuperación del funcionamiento sociolaboral. Las personas afectadas por TB utilizan 2.5 veces más el sistema de salud que la población general, al presentar un riesgo incrementado de sufrir patologías cardiovasculares y neoplásicas, entre otras. Una terapia adecuada podría disminuir la mortalidad general de los pacientes.

1. OBJETIVO

Corregir las fallas en la regulación del ánimo y el humor para lograr la recuperación funcional de la persona afectada de trastorno bipolar

2. EVIDENCIAS

- a) Guía clínica para el manejo del trastorno bipolar (Argentina).
- b) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Collaborative Update of CANMAT Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder: update 2013.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales y especialistas en Medicina Familiar, Psiquiatría y Medicina Interna; así como psicólogos, terapeutas y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Personas que acuden a los servicios de salud y son diagnosticadas con un trastorno bipolar.

5. DEFINICIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, hereditaria, influida por factores ambientales, altamente recurrentes y comórbido; con una significativa morbilidad y mortalidad, grave perjuicio en la calidad de vida de quienes la padecen y una elevada repercusión económica y social.

6. CLASIFICACIÓN

Hay dos formas de trastorno bipolar, de acuerdo al subtipo:

- Tipo I.
- Tipo II.

De acuerdo al tipo de episodio:

- Maníaco.
- Hipomaniaco.
- Depresivo o mixto.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Historia clínica

a) Anamnesis

El paciente se presenta con:

- Exaltación o alteración del estado de ánimo.
- Aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos.
- Su estado de ánimo interfiere con la actividad laboral o social.

b) Síntomas y signos

Síntomas frecuentes de la depresión bipolar (no es necesario que se presenten todos):

- Apatía.
- Desesperanza.
- Disminución de la energía.
- Sensación de tristeza o de vacío.
- Dificultad en la experimentación del placer (anhedonia).
- Irritabilidad.
- Sentimiento de desamparo y de falta de sentimientos.
- Insomnio, hipersomnia o fragmentación del sueño.
- Disminución de la autoestima.
- Enlentecimiento psicomotriz.
- Falta de concentración y de memoria.
- Disminución del deseo sexual o sexualidad compulsiva.
- Ideas hipocondríacas.
- Ansiedad.
- Deseo de morir.
- Ideas o actos suicidas.
- Pérdida o exceso de apetito.
- Ideas de culpa y ruina.
- Ideas delirantes de todo tipo.
- Alucinaciones.

Síntomas frecuentes en las crisis maníacas (no es necesario que se presenten todos):

- Humor elevado.
- Irritabilidad.
- Hiperactividad.
- Disminución de la necesidad de dormir.

- Aumento de la sociabilidad.
- Locuacidad.
- Hipersexualidad.
- Pensamientos rápidos.
- Euforia.
- Asunción de riesgos innecesarios.
- Planes irrealizables.
- Ideas de grandeza.
- Delirios.
- Alucinaciones.

Síntomas frecuentes en las crisis hipomaníacas (no es necesario que se presenten todos):

- Aumento de la autoestima.
- Exageración de las propias capacidades.
- Embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo.
- Aumento de la sociabilidad.
- Aumento de la locuacidad.
- Gastar más de lo habitual.
- Dormir menos de lo habitual.
- Optimismo exagerado.
- Falta de autocrítica.
- Hablar en voz alta sin tolerar interrupciones.
- Aumento de interés en el sexo.
- Cambios bruscos de humor.
- Aumento de la emotividad.

Síntomas frecuentes de los episodios mixtos (no es necesario que se presenten todos):

- Mal humor/disforia.
- Irritabilidad.
- Aceleración del pensamiento/distractibilidad.

- Inquietud psicomotriz/agitación.
- Hostilidad.
- Pesimismo.
- Labilidad afectiva/ cambios rápidos del humor.
- Insomnio disfórico.
- Descontrol conductual/fallas en el control de los impulsos.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.

7.2 **Análisis de laboratorio:**

- Hemograma con recuento de plaquetas
- Hepatograma
- Creatininemia
- Ionograma
- CPK
- TSH, T3, T4L
- Glucemia
- Colesterol total, HDL, LDL
- Sedimento urinario
- Tamizaje de drogas de abuso, de ser necesario
- Test de embarazo (si está indicado)

Nota: *el diagnóstico diferencial se hace con la esquizofrenia (diagnóstico de trastorno esquizoafectivo).*

8. **TRATAMIENTO**

Antes de iniciar el tratamiento, cumplir los siguientes requisitos:

- Controlar la presión arterial.
- Determinar el peso colateral.
- Realizar un ecocardiograma a pacientes mayores de 40 años.

- Efectuar un examen motor para descartar movimientos anormales.

8.1 Bases del tratamiento del trastorno bipolar

- Realizar una evaluación diagnóstica (historia de vida, diagnóstico diferencial, entrevistas a familiares).
- Establecer y mantener una alianza terapéutica.
- Administrar tratamiento farmacológico.
- Monitorear el estatus psiquiátrico.
- Impartir psicoeducación.
- Promover la regularidad en el ejercicio físico y la higiene del sueño.
- Anticipar estresores.
- Minimizar el deterioro funcional.

En caso de episodios de manía, manía psicótica, depresión mayor psicótica, mixto o suicidabilidad con sospecha de bipolaridad:

Estabilizadores del ánimo:

- Carbonato de litio.
- Ácido valproico.
- Carbamazepina.
- Control de niveles plasmáticos y estudio anual de las funciones hepática y renal.
- Lamotrigina, con observación de una posible reacción alérgica cutánea.
- Uso cuidadoso de ansiolíticos y/o inductores del sueño.
- No usar antidepresivos.

8.3 Tratamiento para episodios depresivos del trastorno bipolar:

Nivel 1

- **Monoterapia:** quetiapina, 300- 600 mg/día.
- **Combinación:** fx + OLZ, 25/6 mg /día; 50/6 mg/día; 25/12 mg/día.

8.4 Tratamiento de episodios de hipomanía, manía y mixtos Si paciente no está en tratamiento:

- Iniciar con litio, ácido valproico (evitar el uso de esta terapia en mujeres en edad fértil).
- Antipsicóticos atípicos: olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona.
- Antipsicóticos clásicos: haldol, clorpromazina; en monoterapia o combinados.

En cuadros graves, usar siempre terapia combinada

- Se sugiere esperar una o dos semanas si el paciente se encuentra bajo un régimen de tratamiento en monoterapia, antes de hacer cambios.
- En caso de respuesta parcial, esperar de dos a tres semanas antes de hacer cambios.

Si el paciente se encuentra bajo terapia:

- Supervisar la adhesión al tratamiento.
- Optimizar los niveles plasmáticos.
- Si no hay respuesta, cambiar de medicamento, hacer combinaciones, agregar otro fármaco.
- En caso de resistencia, utilizar la terapia electroconvulsiva o la clozapina.

Cuándo administrar un tratamiento profiláctico:

- Ante un episodio de manía grave.
- Frente a un episodio de manía con antecedentes genético-familiares (+).
- Si han ocurrido dos o más episodios en tres años.

Niveles de recomendación para el tratamiento del episodio maniaco.

Nivel 1

- **MT:** litio, 300-600 mg/día; val, 500-1500 mg/día; OLZ, 5-20 mg/día; RSP, 1-9 mg/día; QTP, 300-600 mg/día; QTP XR, 300 -800 mg/día.
- **Combo:** litio, 300-600 mg/día o val, 500-1500 mg/día + antipsicótico atípico de 1ra. recomendación.

Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agitación severa en el contexto de manía.

En pacientes susceptible de tratamiento VO:

- **Risperidona:** 2 mg c/2 h. Máximo: 12 mg/día.
- **Olanzapina:** 10 mg c/2 h. Máximo: 40 mg/día.

Pacientes que requieren de medicación parenteral:

- **Lorazepam:** 2 mg IM + Li, 300-600 mg/día; o Val, 500-1500 mg/día VO.
- **MT con:** haloperidol, 5-10 mg IM. Dosis máxima: 60 mg en 24 horas; OLZ, 10 mg IM, con intervalos de 2-4 horas hasta 30 mg en 24 horas; ziprasidona, 10 mg cada 2 horas o 20 mg cada 4 horas IM, hasta una dosis máxima de 40 mg /día, por no más de 3 días consecutivos.

- Halo IM + lorazepam, 2 mg IM. Dosis máxima: 10 mg en 24 horas; halo, 5-10 mg IM + diazepam, 2-10 mg IM. Dosis máxima: 30 mg en 8 horas.

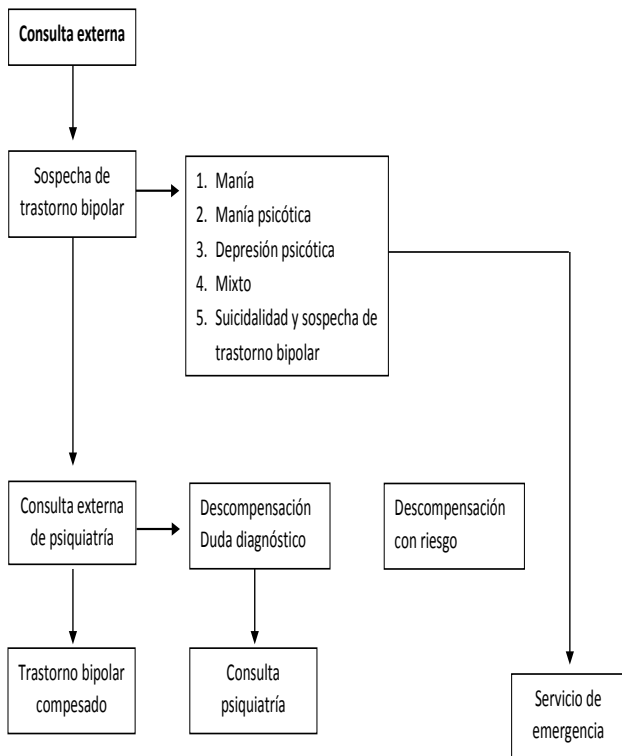
Nota: *no debe usarse olz im en aquellos pacientes que hayan o puedan haber estado expuestos a bzd.*

Niveles de recomendación para el tratamiento de los episodios mixtos.

Nivel 1

- **MT:** quetiapina, 300-600 mg/día; quetiapina XR, 300-800 mg/día; valproato, 500-1500 mg/día; olanzapina, 5-20 mg/día.
- **Combo:** li, 300-600 mg/día o val, 500-1500 mg/día + QTP XR, 50-800 mg/día; litio, 300-600 mg/día o val, 500-1500 mg/día + RSP, 1-9 mg/día.

9. FLUJO DE DERIVACIÓN DEL TRASTORNO BI-POLAR



10. BIBLIOGRAFIA

1. Colom F, Strejilevich S, Vieta E: Psicoeducación, un tratamiento consolidado y eficaz. En: trastornos bipolares conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Akiskal y otros (editores). Panamericana, Buenos Aires, 2006, pp. 55-68.
2. Chang K. Course and impact of bipolar disorder in Young patients. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:e05.
3. Backlund J, Ehnvall A, Hetta J, Isacson G, Agren H. Identifying predictors for good lithium response – a retrospective analysis of 100 patients with bipolar disorder using a life-charting method. *Eur Psychiatry*. 2009; 24:171-7.
4. Baldessarini R, Leahy J, Arcona S, Gause D, Zhang W, Hennen J. Patterns of psychotropic drug prescription for US patients with diagnosis of bipolar disorders. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 85-91.
5. Berk M, Conus P, Lucas N, Hallam K, Malhi G, Dodd S, Yatham L, Yung A, McGorry P. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007;9:671-678.
6. Blanco C, Laje G, Olfson M, Marcus S, Pincus H. Trends in the treatment of bipolar disorder by outpatient psychiatrist. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1005-10.

7. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Montes J, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E; en representaci'no del Grupo de Expertos para el Consenso de la Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Consenson español de salud física del paciente con trastorno bipolar. Rev Psiquiatr Salud Ment 2008; 1: 26-37.
8. Bond DJ et al, Antidepressant-associated mood elevations in bipolar II disorder compared with bipolar I disorder and major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. J Clin Psyc 2008, 69:1589-1601.
9. Bowden C, Calabrese J, Sachs G, Yatham L, Asghar S, Hompland M, et al. A placebo controlled 18-months trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 392-400.
10. Calabrese J, Bowden C, Sachs G, Yatham L, Behnke K, Mehtonen O, et al. A placebo controlled 18-months trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. J Clin Psychiatry 2003; 64: 1013-1024.

ANEXOS

1. MDQ. R. Hirschfeld

Cuestionario sobre su estado de ánimo

Mood Disorder Questionnaire (MDQ)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

1. ¿Le sucedió alguna vez que por un cierto periodo de tiempo usted comenzó a sentirse ☐ SÍ ☐ NO o actuar diferente de cómo era, y...
- ... se sintió bien o con el ánimo tan elevado, o tan "hiperactivo", que algunos pensarón que usted no era la misma persona de siempre; o estuvo tan animado o "hiperactivo", que se metió en problemas o en dificultades?
 - ... estaba tan irritable, que le gritaba a la gente; o iniciaba peleas o discusiones?
 - ... se sentía mucho más seguro de sí mismo que otras veces?
 - ... dormía mucho menos que de costumbre, pero notaba que no sentía falta de sueño?
 - ... hablaba mucho más, o mucho más rápido que de costumbre?
 - ... le pasaban las ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía pensar lentamente?
 - ... se distraía muy fácilmente por las cosas que sucedían a su alrededor, al punto de que necesitaba hacer un gran esfuerzo en concentrarse o en continuar lo que estaba haciendo?
 - ... tenía más energía que de costumbre?
 - ... estaba mucho más activo o hacía muchas más cosas que de costumbre?
 - ... era socialmente mucho más activo y comunicativo, al punto de que -por ejemplo- telefoneaba a amistades en medio de la noche?
 - ... se interesaba en el sexo más que de costumbre?
 - ... hacía cosas que no eran comunes en usted, o que la gente podía haber considerado excesivas, tontas o arriesgadas?
 - ... el gastar dinero le causó problemas a usted o su familia?
2. Si usted marcó SÍ más de una vez, ¿ocurrieron varias de esas situaciones juntas en un mismo periodo de tiempo?
3. ¿Cuántas dificultades le causaron cualquiera de las situaciones mencionadas (por ejemplo, no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales; enfrascarse en discusiones o peleas)? Por favor marque sólo una de las siguientes respuestas:
- ☐ Ningún problema ☐ Problema menor ☐ Problema moderado ☐ Problema serio
4. ¿Alguno de sus familiares directos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tíos) padeció alguna vez de un trastorno maniaco-depresivo o bipolar? ☐ SÍ ☐ NO
5. ¿Le ha dicho alguna vez un profesional médico que usted padece de un trastorno maniaco-depresivo o bipolar? ☐ SÍ ☐ NO

Este Cuestionario ha sido diseñado exclusivamente como medio de evaluación y no deberá utilizarse como instrumento de diagnóstico.

Reprinted with permission from Dr. Robert M. A. Hirschfeld. Validado en Chile por Vöhringer-Cabrera 2007.