

TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLAR TIPO I Y II

DRA LIA LUNA VILLANUEVA

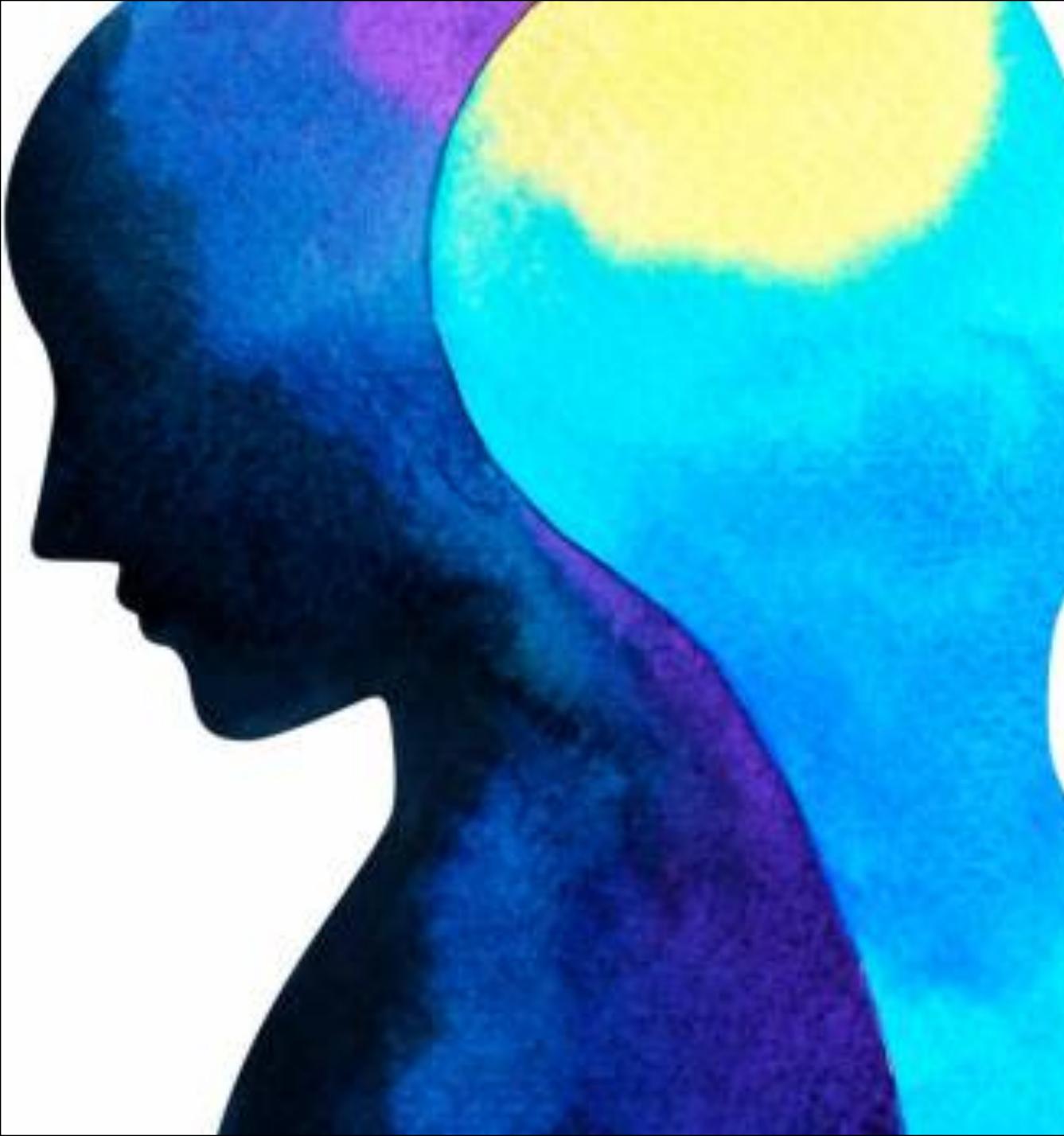
PSIQUIATRÍA

5TO SEMESTRE



TAB





DEFINICI ÓN

EL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ES UNA **ENFERMEDAD ESTADO DE ÁNIMO, CRÓNICO Y RECURRENTE** QUE CURSA CON SÍNTOMAS QUE OSCILAN DESDE LA **MANÍA, HIPOMANÍA Y LA DEPRESIÓN,** O LA COMBINACIÓN DE AMBOS.

SEGÚN CIFRAS DE LA OMS, ALREDEDOR DE **60 MILLONES** DE PERSONAS ALREDEDOR DEL MUNDO PADECEN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

INICIO



DEBIDO A QUE ES UNA ENFERMEDAD DE INICIO TEMPRANO, CURSO CRÓNICO Y RECURRENTE, SUS EFECTOS TIENEN REPERCURSIONES SEVERAS EN EL FUNCIONAMIENTO ACADÉMICO, LABORA, SOCIAL Y FAMILIAR, AÚN EN LAPSOS DE ESTABILIDAD CLÍNICA.

ES PRECISO SEÑALAR QUE UN GRAN PORCENTAJE DE LOS PACIENTES SUFREN UN ATRASO DIAGNÓSTICO DE 10 AÑOS O MÁS PROVOCANDO UN ALTO GRADO DE DISCAPACIDAD.

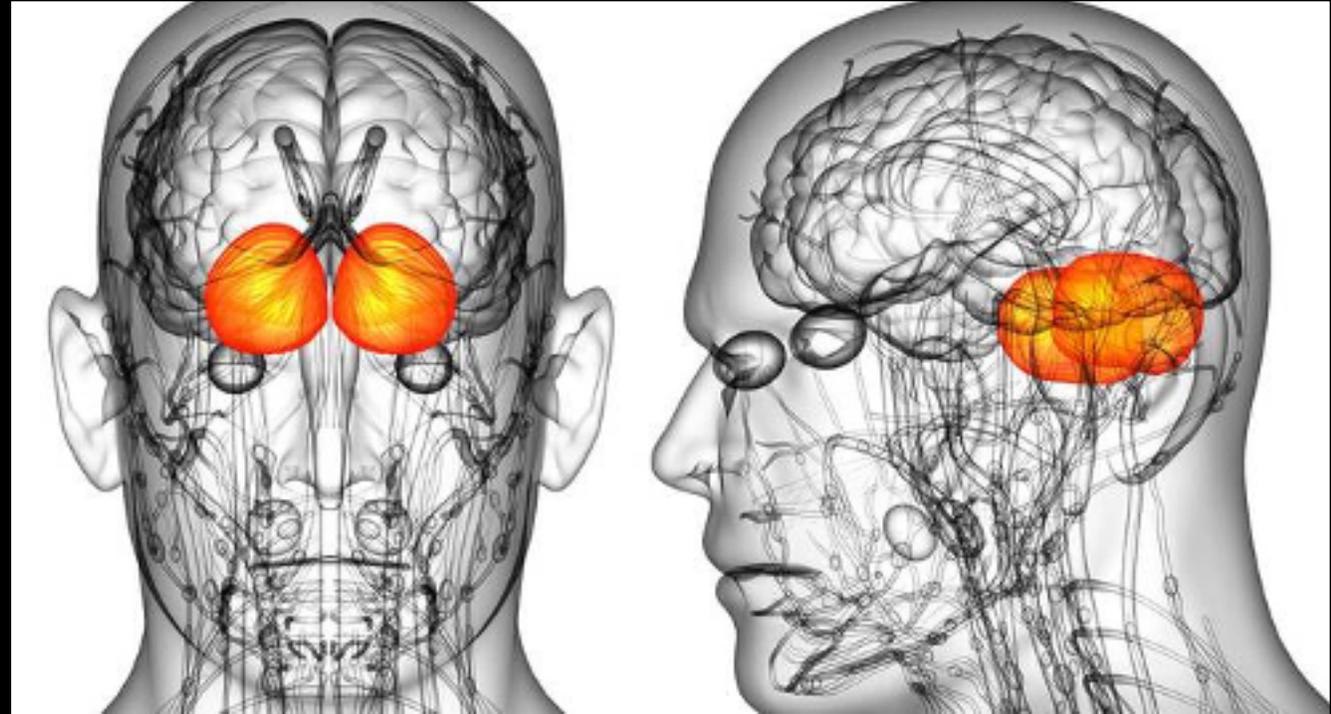
- PREVALENCIA.
- TRASTORNO AFECTIVO **BIPOLAR TIPO I:** 0.5-1.6%
- **EDAD PROMEDIO DE INICIO A LOS 18 AÑOS.**
- TRASTORNO AFECTIVO **BIPOLAR II:** 0.9-1.6%
- **EDAD PROMEDIO DE INICIO A LOS 20 AÑOS.**
- 10-20% INICIA LA ENFERMEDAD ANTES DE LOS 10 AÑOS,
 - SE RELACIONA CON CURSOS GRAVES DE LA ENFERMEDAD Y PEOR PRONÓSTICO A LARGO PLAZO.
- POR EL CONTRARIO, CUANDO LA ENFERMEDAD SE PRESENTA EN **MAYORES DE 50 AÑOS SE DEBE INDAGAR CAUSAS ORGÁNICAS.**



EPIDEMIOLOGÍA

ETIOLOGÍA

GENÉTICA
BIOLÓGICA
PSICOSOCIAL



1. GENÉTICA: COMPONENTE GENÉTICO IMPORTANTE, LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE UN PACIENTE CON TAB TIENEN RIESGO CASI DOBLE DE PADECER TRASTORNO DEPRESIVO Y TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO CON RESPECTO AL RESTO DE LA POBLACIÓN.

2. BIOLÓGICO: LA **NEUROINFLAMACIÓN** DESEMPEÑA UN PAPEL EN EL DETERIORO COGNITIVO Y EN LOS CAMBIOS OBSERVADOS EN LA SUSTANCIA GRIS Y BLANCA DE LOS PACIENTES CON TAB.

EXPRESIÓN ANORMAL DE GENES PROINFLAMATORIOS EN MONOCITOS, AUMENTO **DE IL-1, IL-6, TNF α**

3. PSICOSOCIALES



LOS ACONTECIMIENTOS **ESTRESANTES** DURANTE LA VIDA PARECEN INTERVENIR EN LA APARICIÓN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN **SUJETOS GENÉTICAMENTE VULNERABLES**.

LA MALA CALIDAD DE **LA RED DE APOYO** SOCIAL TIENE VALOR PREDICTIVO FUNDAMENTALMENTE PORQUE LOS PACIENTES CUMPLEN PEOR CON EL TRATAMIENTO Y PROBABLEMENTE SON DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS DE FORMA MUCHO MÁS TARDÍA.

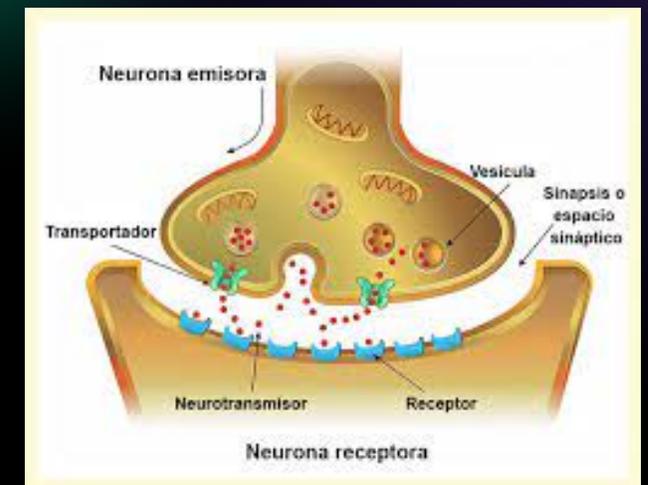
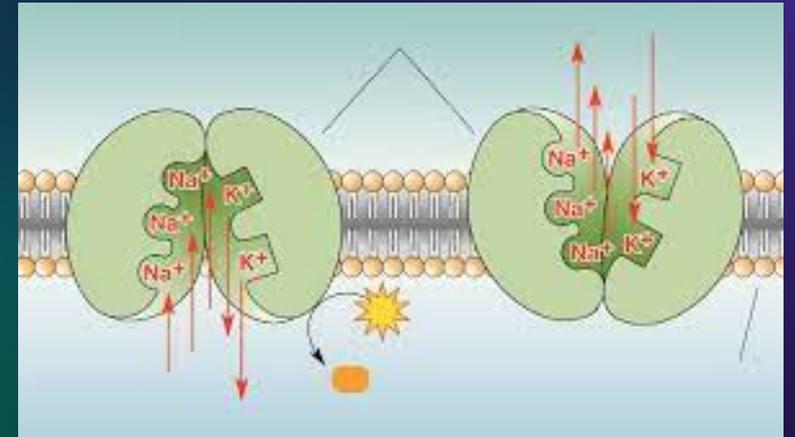
FISIOPATOLOGÍA

1) Concentraciones de **Na y Ca**

intracelular aumentadas en pacientes con episodios depresivos y maníacos .

2) Aumento de liberación de neurotransmisores

3) Incrementa **excitabilidad celular**

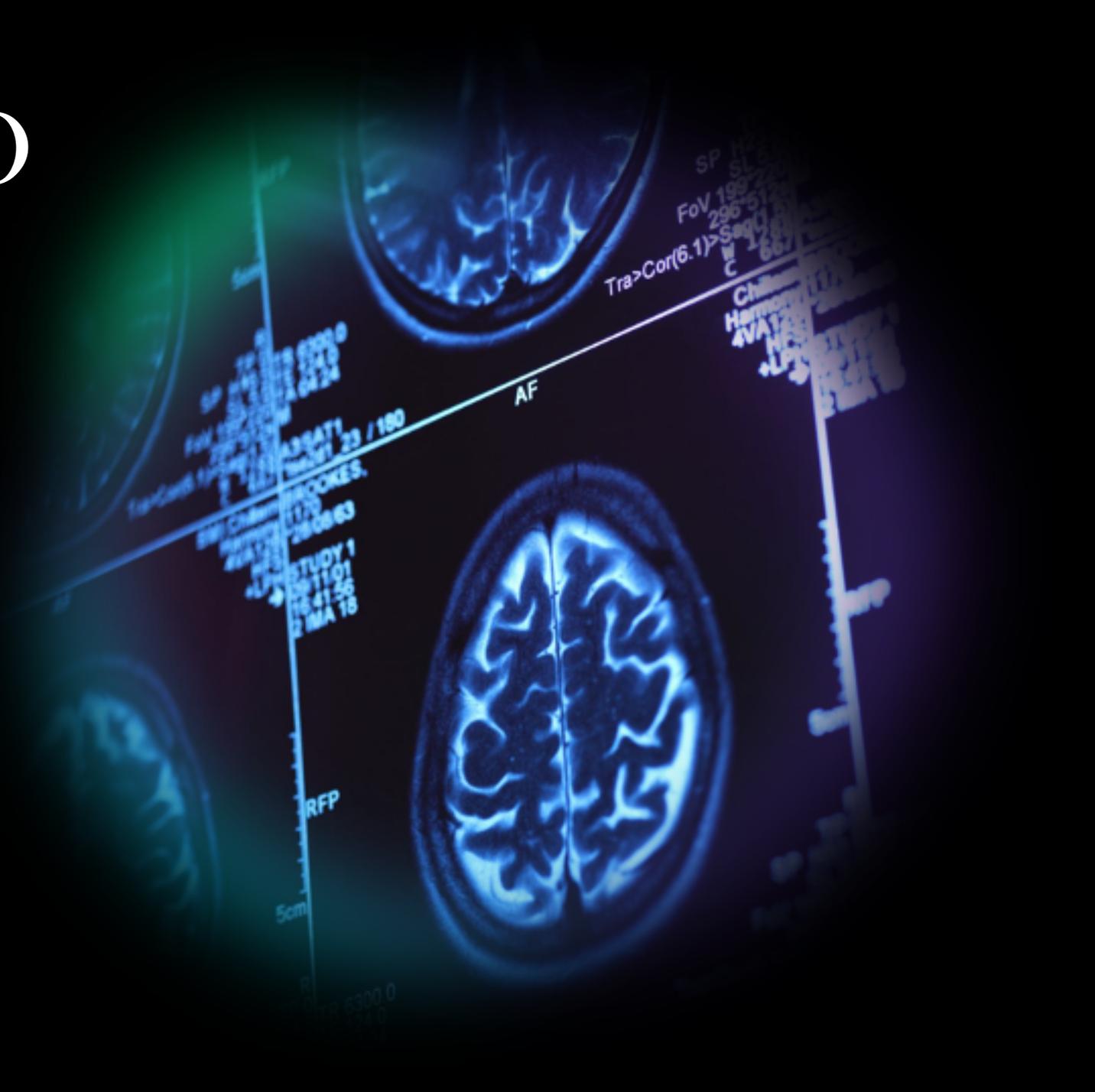




PRESENTACIÓN CLÍNICA

- LA **DISTINCIÓN** PRINCIPAL ENTRE EL TRASTORNO BIPOLAR I Y EL TIPO II ES LA **SEVERIDAD** DE LOS SÍNTOMAS **MANÍACOS** Y LA **DURACIÓN** DE ESTOS.
- LA MANÍA CAUSA IMPEDIMENTO SEVERO EN LA FUNCIONALIDAD, INCLUYE SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y MUCHAS VECES REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN.

DIAGNOSTICO (CRITERIOS DSM-5)



TRASTORNO BIPOLAR I

- PARA UN DIAGNOSTICO DE **TRASTORNO BIPOLAR I** ES NECESARIO QUE SE CUMPLAN LOS CRITERIOS SIGUIENTES PARA UN EPISODIO MANÍACO. ANTES O DESPUÉS DEL EPISODIO MANÍACO PUEDEN HABER EXISTIDO EPISODIOS HIPOMANIACOS O EPISODIOS DE DEPRESIÓN MAYOR.

- **EPISODIO MANÍACO:**

1. UN PERIODO BIEN DEFENIDIO DE ESTADO DE ÁNIMO ANORMAL Y PERSISTETEMENTE ELEVADO, EXPANSIVO, IRRITABLE, Y AUN AUMENTO ANORMAL Y PERSISTENTE DE LA ACTIVIDAD O LA ENERGÑIA, QUE DURA COMO MÍNIMO UNA SEMANA Y ESTÁ PRESENTE LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CASI TODOS LOS DÍAS (SE NECESITA HOSPITALIZACIÓN).
2. DURANTE EL PERÍODO DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y AUMENTO DE LA ENERGÍA O LA ACTIVIDAD EXISTEN TRES (O MÁS) DE LOS SÍGNOMAS SIGUIENTES (CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES SÓLO IRRITABLE) A UN GRADO SIGNIFICATIVO Y REPRESNTA UN CAMBIO NOTORIO DEL COMPORTAMIENTO HABITUAL.



AUMENTO DE LA
AUTOESTIMA O
SENTIMIENTO DE
GRANDEZA.

DISMINUCIÓN DE LA
NECESIDAD DE DORMIR

MÁS HABLADOR DE LO
HABITUAL O PRESIÓN DE
MANTENER LA
CONVERSACIÓN

FUGA DE IDEAS O
EXPERIENCIA SUBJETIVA DE
QUE LOS PENSAMIENTOS
VAN A GRAN VELOCIDAD

FACILIDAD DE
DISTRACCIÓN

AUMENTO DE LA
ACTIVIDAD DIRIGIDA A UN
OBJETO O AGITACIÓN
PSIICOMOTORA

PARTICIPACIÓN EXCESIVA
EN ACTIVIDADES QUE
TIENEN MUCHAS
POSIBILIDADES DE

CONSECUENCIAS
DOLOROSAS

LOS EPISODIOS DE
DEPRESIÓN MAYOR SON
FRECUENTES EN EL
TRASTORNO BIPOLAR I,
PERO NO SON NECESARIOS
PARA EL DIAGNOSTICO DE
TRASTORNO BIPOLAR I

TRASTORNO BIPOLAR II

- **EPISODIO HIPOMANIACO**

1. UN PERIODO BIEN DEFINIDO DE ESTADO DE ÁNIMO ANORMAL Y PERSISTENTEMENTE ELEVADO, EXPANSIVO, IRRITABLE, Y AUN AUMENTO ANORMAL Y PERSISTENTE DE LA ACTIVIDAD O LA ENERGÍA, QUE DURA COMO MÍNIMO CUATRO DÍAS Y ESTÁ PRESENTE LA MAYOR PARTE DEL DÍA, CASI TODOS LOS DÍAS (SE NECESITA HOSPITALIZACIÓN).
2. DURANTE EL PERÍODO DE ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y AUMENTO DE LA ENERGÍA O LA ACTIVIDAD EXISTEN TRES (O MÁS) DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES (CUATRO SI EL ESTADO DE ÁNIMO ES SÓLO IRRITABLE) A UN GRADO SIGNIFICATIVO Y REPRESENTA UN CAMBIO NOTORIO DEL COMPORTAMIENTO HABITUAL.

AUMENTO DE LA AUTOESTIMA O SENTIMIENTO DE GRANDEZA.

DISMINUCIÓN DE LA NECESIDAD DE DORMIR

MÁS HABLADOR DE LO HABITUAL O PRESIÓN DE MANTENER LA CONVERSACIÓN

FUGA DE IDEAS O EXPERIENCIA SUBJETICA DE QUE LOS PENSAMIENTOS VAN A GRAN VELOCIDAD

FACILIDAD DE DISTRACCIÓN

AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DIRIGDA A UN OBJETO O AGITACIÓN PSICOMOTORA

PARTICIPACIÓN EXCESIVA EN ACTIVIDADES QUE TIENEN MUCHAS POSIBILIDADES DE CONSECUENCIAS DOLOROSAS

EL EPISODIO SE ASOCIA A UN CAMBIO INEQUÍVOCO DEL FUNCIONAMIENTO QUE NO ES CARACTERÍSTICO DEL INDIVIDUO CUANDO NO PRESENTA SÍNTOMAS.

EL EPISODIO NO ES SUFICIENTEMENTE GRAVE PARA CAUSAR UNA ALTERACIÓN IMPORTANTE DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL O LABORAL O NECESITAR HOSPITALIZACIÓN. SI EXISTEN CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS, EL EPISODIO ES POR DEFICIÓN MANIACO.

SE HAN CUMPLIDO LOS CRITERIOS AL MENOS PARA UN EPISODIO HIPOMANIÁCO Y AL MENOS PARA UN EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR

BIPOLAR DISORDER SYMPTOMS

• Depression Episodes



• Trouble Concentrating



• Guilt



• No Appetite



• Thoughts Of Death



• Long Sadness



• Retardation



• Insomnia

• Maniac Episodes



• Increased Irritability



• Reduced Need For Sleep



• Bouts Of Euphoria



• Increased Activity



• Wastefulness



• Provocative Behavior



• Use of Drugs and Alcohol



TRATAMIENTO

- EL PRIMER PASO: **CONFIRMAR** EL DIAGNÓSTICO DE MANÍA O HIPOMANÍA Y DEFINIR EL ESTADO DE ÁNIMO DEL PACIENTE.
- EL TRATAMIENTO GENERALMENTE TIENE 2 FASES.
 1. FASE **AGUDA** EL TRATAMIENTO SE CENTRA EN LA **GESTIÓN DE LOS EPISODIOS AGUDOS DE ÁNIMO** (MANÍACO, HIPOMANÍACO O DEPRESIVO).
 2. FASE DE **MANTENIMIENTO** ES ENFOCADO EN PREVENIR **RECURRENCIAS** DE EPISODIOS AGUDOS.

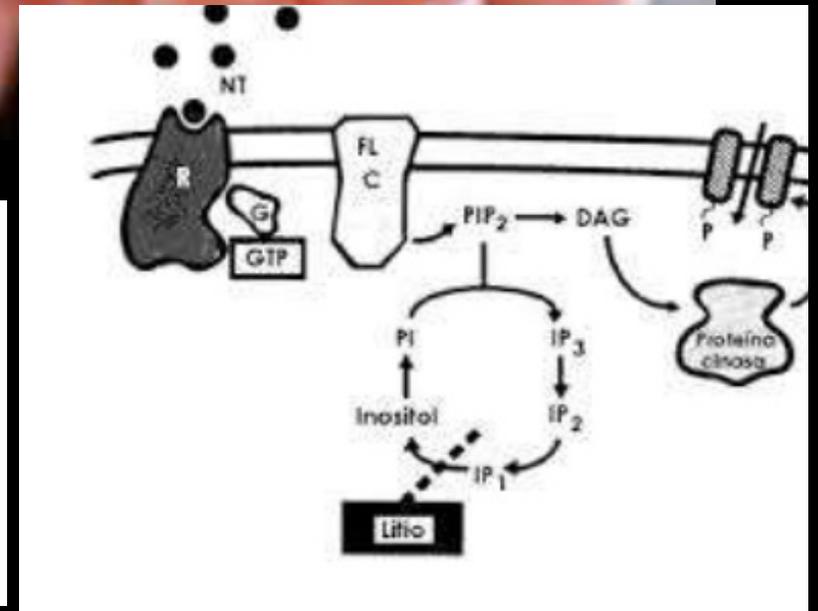


OBJETIVO

LITIO

Fármaco bimodal, mejora una fase sin alterar la otra
Popular desde 1970
Primera elección
Normaliza niveles intracelulares de Na y Ca:
INHIBE SISTEMA AMPc

400-800 mg/ 12 h





LITIO

CONTRAINDICACIONES

- EMBARAZO: Atraviesa placenta
- Consumo de alcohol
- Tiazidas
- Neurotóxico: enfermedades degenerativas SNC
 - Miastenia, Guillian Barre, Esclerosis múltiple
- Insuficiencia renal
 - Ajuste de dosis
 - Interacción con AINES
- Interacción con ISRS
- Leucemia
- Puede reducir función de tiroides (2-4%) – interacción con K
- Aumento de peso 5-10 kg



ANTIPSICÓTICOS

PODRÍAN TENER UN INICIO DE ACCIÓN MÁS RÁPIDO,
EL HALOPERIDOL ANTIPSICÓTICO TÍPICO

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

EN VISTA DE LA NATURALEZA CRÓNICA Y RECURRENTE DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EL MANEJO ÓPTIMO A LARGO PLAZO ES UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA QUE COMBINA FÁRMACOS, TERAPIA PSICOLÓGICA Y DE ESTILOS DE VIDA.

LA MAYORÍA DE LOS ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO Y ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS SON EFECTIVOS PARA PREVENIR EPISODIOS MANIACOS MIENTRAS QUE EL LITIO, LAMOTRIGINA, QUETIAPINA Y OLANZAPINA TAMBIÉN SON EFICACES EN LA PREVENCIÓN DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS, AUNQUE EL LITIO ES GENERALMENTE MÁS EFECTIVO EN PREVENIR EPISODIOS MANÍACOS QUE DEPRESIVOS.



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- LA PSICOTERAPIA ES UN TRATAMIENTO **COADYUVANTE** PARA LA FARMACOTERAPIA EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y LA ESTABILIZACIÓN DE LOS ESRADIOS ENTRE LOS PACIENTES BIPOLARES.