



Universidad del sureste

Campus: Tuxtla Gutiérrez

Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez

Materia: Psiquiatría

Docente: Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro

Tema: Trastorno bipolar

Unidad 2

Medicina humana

5to semestre

Fecha: 07/ 10/ 2021

Trastorno bipolar

Definición

Es un trastorno afectivo caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma tal que la alteración en ocasiones consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía e hipomanía) y en otras en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión), con presentaciones variables en la intensidad y duración de los episodios.

Factores de riesgo

Existe evidencia de que el riesgo de padecer trastorno bipolar, se incrementa cuando se tiene uno de los padres o un hermano con trastorno bipolar.

Etiopatogenia

No hay evidencia de una etiología específica. Existe reportes de hallazgos persistentes de anormalidades neuroendocrinológicas y neuroanatómicas: en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, sistema límbico, amígdala y núcleos basales, conexión entre el cerebelo, región límbica y paralímbica, corteza ventral frontal izquierda, región prefrontal, estriado y corteza frontal, regiones parietales y temporales.

Existen evidencias de la etiología genética del TB. La tasa de concordancia para los gemelos monocigotos se aproxima al 80% y en dicigotos al 20%. En familiares de pacientes bipolares es 10 veces más frecuente el trastorno bipolar que en familiares de sujetos sanos.

Cuadro clínico

Los principales signos y síntomas de Manía e Hipomanía son:

- Incremento de energía, hiperactividad, inquietud
- Autoestima exaltada o sentimientos de grandiosidad
- Irritabilidad extrema
- Pensamientos en cascada, lenguaje rápido, verborreico, fugas de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento esta acelerado
- Distractibilidad, no pueden concentrarse adecuadamente
- Disminución de la necesidad de dormir

- Juicio pobre
- Creencias no realistas en una habilidad y poder
- Gastos y compras excesivas e innecesarias
- Hiperactividad sexual
- Aumento de la actividad intencionada ya sea en el trabajo, en los estudios o socialmente
- Abuso en el consumo de drogas, particularmente de alcohol, cocaína y medicamentos para dormir
- Optimismo excesivo

En el caso de la hipomanía los pacientes presentan varios de estos síntomas pero con un grado menor de disfuncionalidad.

Los principales signos y síntomas de depresión:

- Abatimiento del ánimo
- Humor depresivo
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo
- Sentimiento de culpa, de inutilidad o de abandono
- Pérdida de interés en actividades cotidianas
- Disminución en la capacidad de experimentar placer
- Disminución de energía
- Hipoactividad y lentitud psicomotora
- Dificultad para concentrarse, disminución en la memoria y capacidad para tomar decisiones
- Irritabilidad o inquietud
- Insomnio o hipersomnio
- Hipo o hiperexia
- Dolores crónicos o quejas somáticas
- Ideas de muerte o de suicidio

En los estados mixtos se presenta una combinación de síntomas de depresión y de manía al mismo tiempo, en esta condición clínico existe mayor riesgo suicida.

Los síntomas psicóticos más comunes son:

- Alucinaciones visuales o auditivas
- Ideas delirantes
- Desorganización de la conducta y del pensamiento

- Pérdida del juicio de la realidad

Diagnóstico

Como elementos clínicos prodrómicos o datos iniciales del trastorno bipolar se han fundamentado rasgos de distimia, ciclotimia o hipertimia (irritabilidad e impulsividad). Así como labilidad emocional, ansiedad, trastornos de atención, hiperactivación, depresión, quejas somáticas y problemas escolares, principalmente si tienen un patrón episódico. Síntomas asociados a inicio temprano del trastorno son conducta disruptiva, irritabilidad, conducta descontrolada. Exceso de energía, descenso en la necesidad de sueño, aumento en el interés sexual, aumento en conductas de riesgo, sensación de aumento en la capacidad cognoscitiva y euforia.

Los criterios clínicos para el diagnóstico de trastorno bipolar y sus subtipos dentro de la categoría de trastornos afectivos, se basan en clasificaciones internacionales como la de la OMS (CIE 10) y el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR).

Diagnóstico diferencial

En adolescentes mayores la presencia de incongruencia afectiva, ideas delirantes y alucinaciones, trastornos del pensamiento pueden confundir el TB con esquizofrenia hasta el 50% de los casos. Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y distraibilidad del TDAH pueden semejar la fase de hipomanía del TB, pero en éste hay grandiosidad, ánimo exaltado, fuga de ideas, hipersexualidad y disminución en la necesidad de sueño. Dado que los síntomas se traslapan y esto puede llevar a un sobrediagnóstico.

Entre los padecimientos no psiquiátricos que pueden cursar con síntomas afectivos se encuentran:

Neurológicos:

- Tumores, traumas de cráneo, EVC, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Huntington, Epilepsia, lesiones cerebelosas, neuroinfecciones

Endocrinológicas

- Síndrome de Cushing, Enfermedad de Addison, Hipertiroidismo, hipotiroidismo,

Metabólicas

- Uremia, déficit de vitamina B12,

Infeciosas

- SIDA

Autoinmunes

- Lupus Eritematoso Sistémico

Tratamiento

Tratamiento Farmacológico

Fase aguda

El litio y algunos antiepilépticos que han demostrado eficacia como estabilizadores del estado de ánimo, son considerados como tratamiento de primera elección tanto en la fase aguda como de mantenimiento.

En algunos ECC con comparador activo se ha mostrado que el litio es efectivo en el tratamiento de la manía pura pero es menos efectivo en el tratamiento de los episodios mixtos.

El valproato es una alternativa que ha mostrado tener tanta efectividad en el tratamiento del TB.

La lamotrigina es un anticonvulsivante que se ha aprobado para el manejo de los episodios depresivos y de mantenimiento.

Los antipsicóticos atípicos son utilizados frecuentemente para tratar síntomas del TB. A menudo son utilizados en combinación con otros medicamentos. El aripiprazol, y la olanzapina están aprobados en el tratamiento de los episodios agudos maniacos o mixtos. La olanzapina es útil en los síntomas de manía severa, cuenta con una presentación parenteral que es útil en los cuadros de agitación o cuando no es posible la vía oral. La quetiapina está aprobada para el uso de síntomas maniacos leves a severos así como para ser utilizada en episodios depresivos. La risperidona y la ziprasidona también se recomiendan para episodios maniacos y mixtos. La paliperidona y la asenapina han sido aprobados como antipsicóticos para el episodio de manía o mixto.

Episodios depresivos

El litio y los moduladores cerebrales son la primera elección para el tratamiento de la depresión bipolar, la lamotrigina ha demostrado efectividad en el manejo de los síntomas en el episodio depresivo. Los medicamentos antidepresivos a menudo se utilizan en conjunto con un estabilizador del humor lo que evita que el paciente cicle a manía o hipomanía.

Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Anfebutamona y Venlafaxina son ejemplos de antidepresivos que pueden utilizarse en la depresión bipolar.

Tratamiento de mantenimiento

Posterior al control del episodio agudo, el riesgo de presentar recaída en los siguientes 6 meses es elevado. El tratamiento a largo plazo estará dirigido a prevenir recaídas de episodios agudos de depresión, manía o hipomanía, mixtos, ningún medicamento se puede considerar como ideal para la mayoría de la población con TB.

Tratamiento del trastorno bipolar en mujeres

El trastorno en la mujer presenta condiciones especiales relacionadas con el ciclo reproductivo que deben considerarse:

- La posibilidad de embarazo
- Infecciones de transmisión sexual
- Riesgo de recurrencia al suspender tratamiento
- Riesgo de heredar el trastorno, aunque esto no es motivo para evitar el embarazo
- Efecto teratogénico de los fármacos
- Lactancia

Tratamiento no Farmacológico

Las estrategias psicoterapéuticas estudiadas para el manejo del paciente con TB son: la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, terapia interpersonal y de ritmo social, psicoterapia individual.

La terapia cognitivo conductual ha mostrado un beneficio en la prevención de recaídas así como un incremento en la función social de los pacientes con TB en un período de seguimiento de 18 meses.

La terapia familiar como adyuvante en el manejo de TB tiene tres componentes fundamentales: psicoeducación, entrenamiento para mejorar la comunicación, entrenamiento para mejorar las destrezas en la solución de problemas.

La terapia familiar ha mostrado mejoría en la función familiar y el estado de ánimo lo que reduce el riesgo de recaída. Se ha observado también reducción en las tasas de hospitalización.

La psicoeducación ha mostrado un efecto importante en la reducción de recaídas y está enfocada principalmente para tener conciencia de la

enfermedad, adaptación al tratamiento, detección temprana de los síntomas y recurrencia y regular el estilo de vida.

La psicoterapia individual y programas de autocuidado son más efectivas para los síntomas de manía y la terapia familiar y terapia cognitivo-conductual son más efectivas para los síntomas depresivos.

La psicoterapia interpersonal ha mostrado reducir las tasas de suicidio. La psicoterapia es un elemento clave en el manejo del TB.

Bibliografía:

Córdova, A., Platas, E., Rodríguez, D., Torres, L. & Zamora, M. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.