

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**

**SEMESTRE CURSANTE:**

**5TO. SEMESTRE, UNIDAD 2.**

**MATERIA:**

**PSIQUIATRIA.**

**TEMA DEL TRABAJO:**

**RESUMEN DE LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA SOBRE TRANSTORNO BIPOLAR.**

**FECHA DE ENTREGA:**

**08/10/2021**

**NOMBRE DEL DOCENTE:**

**DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:**

**JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.**

## TRANSTORNO BIPOLAR.

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 o 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.

No hay evidencia de una etiología específica. Existe reportes de hallazgos persistentes de anormalidades neuroendocrinológicas y neuroanatomías: 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.

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 principales signos y síntomas de Manía o 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
- Distraibilidad, 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

Los principales signos y síntomas de depresión son:

- 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 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). El 70% de los pacientes con TB son mal diagnosticados, tardan un promedio de 8 años para recibir diagnóstico correcto. Valorar de manera intencionada la presencia de un trastorno afectivo específico. En pacientes que presentan síntomas premórbidos o francos de manía (especial atención en pacientes con abuso de

alcohol o drogas, Enfermedades de Transmisión sexual, inestabilidad laboral), deberá explorarse la historia de síntomas depresivos y viceversa. Esto debido a la intermitencia de los episodios maniacos y depresivos con períodos asintomáticos.

Una vez identificado el paciente con TB se deberá investigar la presencia de otros trastornos mentales para las intervenciones terapéuticas necesarias y su impacto en la evolución del TB. 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.

La evaluación clínica inicial del paciente consiste en:

- Historia psiquiátrica completa
- Evaluación del estado mental
- Examen físico
- Identificar complicaciones como deshidratación
- Especial atención en la seguridad del paciente y de quienes lo rodean
- Presencia de comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica
- Condición actual del estado de ánimo del paciente

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. Los ensayos clínicos controlados (ECC) han mostrado que es superior al placebo. El 70% de los pacientes tratados con litio han mostrado una reducción parcial de la manía. 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. 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. En algunos estudios se ha mostrado que el litio tiene una eficacia comparable con el valproato, la carbamazepina, la risperidona, la olanzapina, la clorpromazina y otros antipsicóticos típicos.

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.

El diagnóstico de depresión bipolar representa un reto clínico, confundiendo con depresión unipolar, lo que retrasa el tratamiento hasta 10 años 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, En algunos estudios se ha encontrado que la efectividad de los antidepresivos en combinación con moduladores del ánimo es igual al uso aislado de dichos moduladores, pero se recomiendan en casos de depresión moderada a grave Siempre se debe evaluar el riesgo suicida Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Anfebutamona y Venlafaxina son ejemplos de antidepresivos que pueden utilizarse en la depresión bipolar.

Hay mayor riesgo de hipomanía en pacientes con tratamiento antidepresivo que tengan antecedente de manía. En pacientes con desnutrición importante, síntomas psicóticos, riesgo suicida, embarazo con síntomas psicóticos o depresión resistente, la TEC puede ser la alternativa.

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

Toda mujer en edad fértil con TB debe recibir psicoeducación, educación en salud sexual y reproductiva. Cuando se ha decidido el embarazo se debe otorgar valoración preconcepcional, en la que debe participar su pareja para recibir información sobre los riesgos que implica el embarazo para la paciente y el producto, decidir el plan de tratamiento y seguimiento durante el embarazo para la madre y el producto y el puerperio, así como otros especialistas que deberán participar en la atención. En caso de paciente con Dx. establecido de Trastorno

Bipolar que inesperadamente se descubra embarazada, se sugiere valorar la modificación del esquema terapéutico por otro con menor potencial teratogénico.

**CUADRO II. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO. 2005**

Nivel	RECOMENDACIONES
I	Recomendado con una confianza clínica considerable
II	Recomendado con una confianza clínica moderada
III	Puede recomendarse en función de las circunstancias individuales.

Sistema utilizado para indicar la naturaleza que soportan la evidencia en las referencias.

Nivel	EVIDENCIAS
A	Ensayos clínicos aleatorizados. Estudios de intervención en los cuales los sujetos son seguidos en el tiempo, con un grupo de tratamiento y un grupo control, los sujetos tienen asignación aleatoria en ambos grupos, hay cegamiento en los sujetos e investigadores.
B	Ensayos clínicos. Estudios prospectivo en el cual la intervención y su resultado se realiza longitudinalmente, no cumple la regla de ensayo clínico aleatorizado
C	Estudios de cohortes. Los sujetos son seguidos prospectivamente en el tiempo sin ninguna intervención específica
D	Estudios de casos y controles. Estudio en el que un grupo de pacientes y un grupo control se identifican en el presente y la información de ellos se toma en forma retrospectiva
E	Revisión con análisis de datos secundarios. Revisión analítica estructurada de datos existentes por ejemplo meta-análisis o análisis de decisión
F	Revisión. Revisión cualitativa y análisis de la literatura previamente publicada sin un análisis cuantitativo de los datos
G	Otros. Libros, opinión de expertos, reporte de casos y otros informes no incluidos anteriormente.

**CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO BIPOLAR**

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
<b>Estabilizadores del Humor</b>							
2608	Carbamazepina	400 mg a 1600 mg al día	Tableta 200 mg		Mareo, náusea, vómito, sequedad de boca, ataxia, somnolencia, fatiga, cefalea, visión borrosa, urticaria, leucopenia, trombocitopenia, elevación de gamma-GT, aumento de fosfatasa alcalina, edema, aumento de peso.	Disminuye efectividad de haloperidol, e imipramina, aumenta riesgo hepatotóxico de paracetamol, aumento toxicidad de verapamilo, la primidona disminuye su efecto, aumenta la depuración de risperidona,	Hipersensibilidad, pacientes con bloqueo aurículoventricular, depresión de médula ósea, porfiria, combinación con IMAOS,
3255	Carbonato de Litio	300 mg a 600 mg 3 veces al día	Tableta 300 mg		Náusea, vómito, poliuria, polidipsia, incremento ponderal, temblor fino, leucocitosis, trombocitosis, hipercalcemia, hipercaliemia	Aumentan efecto: carbamazepina, diclofenaco, diuréticos, indometacina, AINEs. Disminuyen efecto: acetazolamida, nifedipino, fenotiazinas, bicarbonato sódico, teofilina, verapamilo, cafeína. Aumentan toxicidad: haloperidol, alcohol. El diazepam puede producir hipotermia, los antihistamínicos pueden aumentar sedación.	Pacientes con historia de anuria u oliguria, enf de Addison, hipotiroidismo no tratado, cardiopatía, insuficiencia renal, debilidad severa, deshidratación, embarazo y lactancia, menores de 12 años. Epilepsia, antecedente de leucemia, parkinsonismo, infecciones severas, DOC, diabetes mal controlada

