

Universidad del Sureste.

Campus Tuxtla Gutiérrez.

Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Lic. En medicina humana.

Quinto semestre.

Actividad 2: infografía sobre trastorno bipolar.

Psiquiatría.

Dr. Samuel Esaú Fonseca Fierro.

Lunes 02 de enero del 2023.

TRASTORNO BIPOLAR,

Los trastornos bipolares se caracterizan por episodios de manía y depresión, que pueden alternar aunque en muchos pacientes predomina uno sobre el otro. Se desconoce la causa exacta, pero puede estar implicados la herencia, cambios en las concentraciones de los neurotransmisores cerebrales y factores psicológicos. El diagnóstico se basa en la anamnesis. El tratamiento consiste en fármacos estabilizadores del estado de ánimo, a veces con psicoterapia.

Los trastornos bipolares suelen comenzar en la adolescencia, la tercera o la cuarta década de la vida (véase también Trastorno bipolar en niños y adolescentes). Su prevalencia a lo largo de la vida es del 4%.

Los trastornos bipolares se clasifican en

- **Trastorno bipolar I:** definido por la presencia de por lo menos un episodio maníaco completo (es decir, que interrumpe la función social y laboral normal) y habitualmente episodios depresivos. La incidencia es casi igual en hombres y mujeres.
- **Trastorno bipolar II:** definido por la presencia de episodios depresivos mayores al menos con un episodio hipomaníaco pero sin episodios maníacos completos. La incidencia es algo mayor en las mujeres.
- **Trastorno bipolar no especificado:** trastornos con características bipolares claras que no cumplen criterios específicos para otros trastornos bipolares.

En el **trastorno ciclotímico**, los pacientes tienen períodos prolongados (> 2 años) que incluyen episodios tanto hipomaníacos como depresivos; sin embargo, estos episodios no cumplen con los criterios específicos para un trastorno bipolar o depresivo mayor.

El trastorno bipolar comienza con una fase aguda de síntomas que es seguida por un curso de recidivas y remisiones. Las remisiones suelen ser completas, pero muchos pacientes tienen síntomas residuales, y para algunos, su capacidad laboral queda gravemente deteriorada. Las recidivas son episodios marcados por síntomas más intensos que son maníacos, depresivos, hipomaníacos o una mezcla de características depresivas y maníacas. Los episodios duran desde algunas semanas hasta 3 a 6 meses: los episodios depresivos duran en forma típica más tiempo que los episodios maníaco o hipomaníaco.

Los ciclos, es decir el tiempo que transcurre desde el inicio de un episodio hasta el siguiente, tienen una duración variable. Algunos pacientes tienen episodios esporádicos, tal vez sólo algunos pocos durante toda la vida, mientras que otros tienen formas de ciclado rápido (que habitualmente se definen como ≥ 4 episodios/año). Sólo una minoría alterna entre la manía y la depresión con cada ciclo; en la mayoría predomina una u otra.

Los pacientes pueden intentar o completar un suicidio. La incidencia de por vida de suicidio en pacientes con trastorno bipolar se estima al menos 15 veces mayor que en la población general.

El diagnóstico del trastorno bipolar se basa en la identificación de los síntomas de manía o de hipomanía descritos antes, más los antecedentes de remisiones y recaídas. Un diagnóstico de trastorno bipolar de tipo I requiere síntomas maníacos bastante graves para deteriorar de manera significativa el funcionamiento social u ocupacional o requerir una hospitalización a fin de evitar daños a sí mismo o a otros.

Algunos pacientes que se presentan con síntomas depresivos pueden haber experimentado previamente hipomanía o manía, pero no la comunican a menos que se los interroge específicamente. Un interrogatorio hábil puede poner de manifiesto signos mórbidos (p. ej., gastos excesivos, escapadas sexuales impulsivas, abuso de sustancias estimulantes), aunque es más probable que esta información la aporten los familiares. Un inventario estructurado como el Mood Disorder Questionnaire puede ser útil. Debe preguntarse a todos los pacientes, con tacto pero directamente, sobre la ideación, los planes o la actividad relacionados con el suicidio.

Síntomas maníacos o hipomaníacos similares pueden ser el resultado del abuso de estimulantes o trastornos físicos como hipertiroidismo o feocromocitoma. Los pacientes con hipertiroidismo normalmente tienen otros signos y síntomas físicos, pero las pruebas de la función tiroidea (concentraciones de T4 y TSH) son un estudio de cribado razonable en los pacientes nuevos. Los pacientes con feocromocitoma tienen hipertensión marcada intermitente o sostenida; si no hay hipertensión, no está indicada la prueba para detectar el feocromocitoma. Otros trastornos causan síntomas de manía con menor frecuencia, pero los síntomas depresivos se pueden presentar en un número de trastornos (véase tabla Algunas causas de síntomas de la depresión y la manía).

Una revisión del consumo de sustancias (especialmente de anfetaminas y cocaína) y el examen de detección de sustancias en sangre u orina pueden ayudar a identificar los fármacos causales. Sin embargo, como el consumo de drogas puede haber desencadenado simplemente un episodio en un paciente con trastorno bipolar, es importante investigar la presencia de síntomas (maníacos o depresivos) no relacionados con el consumo de sustancias.

Algunos pacientes con trastorno esquizoafectivo tienen síntomas maníacos, pero estos pacientes tienen características psicóticas que pueden persistir más allá de los episodios anímicos anormales.

Los pacientes con trastorno bipolar también pueden tener trastornos de ansiedad (p. ej., fobia social, ataques de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos), lo que posiblemente confunde el diagnóstico.

Tratamiento:

- Estabilizadores del estado de ánimo (p. ej., litio, algunos anticonvulsivos) o un antipsicótico de segunda generación
- Apoyo y psicoterapia

El tratamiento del trastorno bipolar habitualmente tiene 3 fases:

- Aguda: para estabilizar y controlar las manifestaciones iniciales, a veces graves
- Continuada: para alcanzar una remisión completa
- De mantenimiento o de prevención: para mantener a los pacientes en remisión

La mayoría de los pacientes con hipomanía pueden recibir tratamiento ambulatorio, si bien la manía o la depresión grave a menudo requieren tratamiento en internación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Coryell, W. (2022, 5 diciembre). *Trastornos bipolares*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-bipolares>