

Recomendacións clínicas no trastorno bipolar



Recomendacións clínicas no trastorno bipolar



EDITA:
XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE
Secretaría Xeral

SUBDIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE MENTAL E DROGODEPENDENCIAS
Víctor Pedreira Crespo

DIRECCIÓN E COORDINACIÓN:
Fernando Márquez Gallego

AUTORES:
Jesús Alberdi Sudupe
Manuel Castro Bouzas
Carlos Castro Dono
Jesús Combarro Mato
Ernesto Ferrer Gómez del Valle
Arturo Louro González

COLABORACIÓN
Avalia-T:
Teresa Cerdá Mota
M^a Jesús Purriños Hermida
Ángeles L. García Caeiro
M^a Teresa Rey Liste
María Sobrido Prieto
Teresa Mejuto Martí

APOIO TÉCNICO:
José María Alonso Ramos (secretario)
Consuelo Carballal Balsa
Juan Juárez Casado
Sara Fernández Lamas
Teresa Castro Lado
Javier Calles Rodríguez

DIFUX, S.L.
D.L.: C-4630-2008
ISBN: 978-84-691-8483-7

Presentación

Os trastornos bipolares, aínda que son detectados con dificultade, representan unha prevalencia dun 1% na poboación xeral. Ademais, trátase dun trastorno, na maior parte dos casos, crónico que xera sufrimento, incapacidade e unha carga para as nosas familias e a nosa sociedade. Estas consecuencias son en parte evitables se somos quen de garantir unha diagnose precoz e un tratamento o máis eficaz posible.

Con estas recomendacións clínicas sobre os trastornos bipolares, achégaselles aos profesionais da saúde unha importante ferramenta de traballo para abordar a problemática destes trastornos, tanto na atención primaria como na especializada, incrementando os coñecementos que pouco a pouco van conformar unha práctica asistencial baseada na evidencia, facilitando unha mellora na calidade do tratamento do trastorno bipolar, así como unha redución na variabilidade clínica. Isto último é garante da equidade na asistencia e outórgalle ao mesmo problema de saúde a solución máis axustada, sendo un dereito dos nosos cidadáns.

Este conxunto de recomendacións é o resultado do esforzo de profesionais que colaboran no Grupo de traballo de guías clínicas, grupo promovido pola Subdirección de Saúde Mental e Drogodependencias, e que durante ano e medio estiveron recollendo e dando forma á información sobre as distintas guías clínicas existentes con suficiente calidade e achegando as novidades que foron xurdindo na literatura científica.

A Consellería de Sanidade e o Servizo Galego de Saúde queren expresar o desexo de que esta información sexa utilizada amplamente polos nosos profesionais, aos cales alenta a participar no desenvolvemento dunha medicina baseada na evidencia que mellore a nosa sanidade e con ela a saúde dos galegos e galegas.

M^a José Rubio Vidal

Conselleira de Sanidade

1	Introdución	11
1.1.	Xustificación	13
1.2.	Obxectivo	14
1.3.	Alcance	14
1.4.	Grupo de traballo	15
1.5.	Metodoloxía	16
2	Diagnóstico do trastorno bipolar. Criterios CIE.10	19
2.1.	F30.0 Episodio hipomaniaco	23
2.2.	F30.1 Manía sen síntomas psicóticos (CIE-10)	24
2.3.	1.6.3. F30.20/.21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	25
2.4.	F32 Episodio depresivo (criterios xerais) (CIE-10)	26
2.5.	F32.00/.01 Episodio depresivo leve sen/con síndrome somática	27
2.6.	F32.10/.11 Episodio depresivo moderado sen/con síndrome somática	28
2.7.	F32.2 Episodio depresivo grave sen síntomas psicóticos	28
2.8.	F32.30/.31 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	28
2.9.	F38.00 Episodio de trastorno do humor mixto	29
2.10.	F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco	30
2.11.	F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sen síntomas psicóticos	30
2.12.	F31.20/.21 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	30

2.13.	F31.30/.31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve ou moderado sen/con síndrome somática	30
2.14.	F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sen síntomas psicóticos	31
2.15.	F31.50/.51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	31
2.16.	Trastorno bipolar, episodio actual mixto	31
2.17.	Trastorno bipolar, actualmente en remisión	32
2.18.	Outros trastornos bipolares	32
2.19.	Trastorno bipolar sen especificación	32
3	¿Cales son as diferenzas entre os dous sistemas, DSM IV-TR e CIE 10?	33
3.1.	Episodio hipomaniaco:	35
3.2.	Manía sen/con síntomas psicóticos:	35
3.3.	Episodio depresivo:	35
4	Detección e valoración do trastorno bipolar	39
5	Prognóstico	45
6	Coidados físicos dos pacientes con trastorno bipolar	49
6.1.	Valoración física inicial	51
6.2.	Revisión anual	51
7	Episodio agudo:	53
7.1.	Manexo dos síntomas depresivos nos episodios agudos	55
7.1.1.	Pacientes con trastorno bipolar e sen tratamento antimaniaco, que presentan unha síndrome depresiva	55
7.1.2.	Pacientes con trastorno bipolar e tratamento antimaniaco xa instaurado, que presentan unha síndrome depresiva	56

7.1.3.	Control do risco do tratamento antidepressivo	57
7.1.3.1	Finalización do tratamento antidepressivo despois dun episodio depresivo agudo	58
7.1.3.2	Tratamentos non recomendados para uso rutineiro	58
7.1.4	Tratamento dos síntomas resistentes e psicóticos dun episodio depresivo	59
7.1.4.1	Resposta incompleta ao tratamento do episodio agudo depresivo	59
7.1.4.2	Concorrenza de síntomas depresivos e psicóticos	59
7.1.4.3	Síntomas depresivos persistentes	60
7.1.4.4	Intervencións adicionais	60
7.1.5	Despois dun episodio depresivo agudo	60
7.1.5.1	Tratamento para os síntomas depresivos crónicos e recorrentes	60
7.1.6	Control dos episodios agudos mixtos	61
7.2.	Manía; hipomanía; fase mixta	61
7.2.1.	Indicacións xerais	61
7.2.2.	Tratamento farmacolóxico na manía aguda para pacientes que non están tomando medicación antimaniaca	62
7.2.3.	Tratamento farmacolóxico da manía aguda en pacientes que están tomando medicación antimaniaca	63
7.2.4.	Tratamento farmacolóxico dos episodios mixtos agudos	64
7.2.5.	Tratamento farmacolóxico do episodio maniaco agudo en pacientes cicladores rápidos	64

7.2.6. Tratamento electroconvulsivo en episodios
maniacos (TEC)65

7.2.7. Manexo clínico das alteracións agudas
do comportamento66

8 Tratamento a longo prazo do trastorno bipolar69

8.1. Bipolar I : tratamento de mantemento:71

8.1.1. Tratamento farmacolóxico:71

8.1.2. Interrupción do tratamento73

8.1.3. Intervencións psicosociais74

8.2. Bipolar II: tratamento de mantemento75

8.2.1. Tratamento farmacolóxico75

8.3. Tratamento de mantemento en cicladores rápidos76

8.4. Medidas para incrementar a adherencia ao tratamento76

8.5. ¿Hai medidas útiles en canto á rehabilitación?77

8.6. Recomendacións no tratamento farmacolóxico a longo
prazo do trastorno bipolar77

8.6.1. Principios xerais77

8.6.2. Uso de antipsicóticos no tratamento a longo prazo ..78

8.6.3. Recomendacións do uso do resto dos fármacos79

8.6.4. Síntomas depresivos80

8.6.5. Tratamento da ciclación rápida a longo prazo81

8.7. Recomendacións no tratamento psicolóxico a longo prazo ..81

9 SITUACIÓNS ESPECIAIS83

9.1. Comorbilidade85

9.2. Anciáns85

9.3.	Principios xerais do tratamento de mulleres: embarazo e lactación	86
9.3.1.	Mulleres durante a xestación	87
9.3.2.	Mulleres con embarazos non planificados	88
9.3.3.	Muller embarazada con manía aguda	89
9.3.4.	Muller embarazada con síntomas depresivos:	90
9.3.5.	Coidados no período neonatal	91
9.3.6.	Lactación	91
9.3.7.	Coidados do neno	92
9.4.	Infancia e adolescencia	93
9.4.1.	Nenos e adolescentes con trastorno bipolar:	93
9.4.2.	Consideracións especiais:	94
9.4.3.	Diagnóstico de trastorno bipolar I en nenos e adolescentes	95
9.4.4.	Trastorno bipolar II en nenos e adolescentes	95
9.4.5.	Diagnóstico diferencial en nenos e adolescentes:	96
9.4.6.	Nenos e adolescentes con dificultades para a aprendizaxe:	96
9.4.7.	Nenos e adolescentes con síntomas sublimiares de trastorno bipolar:	97
9.4.8.	Métodos de avaliación para nenos e adolescentes	97
9.4.9.	Tratamento farmacolóxico da manía aguda en nenos e adolescentes	97
9.4.10.	Fármacos e psicoterapias para o tratamento da depresión en nenos e adolescentes	98
9.4.11.	Tratamento a longo prazo de nenos e adolescentes	99
9.4.12.	Servizos hospitalarios para nenos e adolescentes	99

11	Anexos	109
	Anexo 1. Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	111
	Anexo 2. Alucinacións ou ideas delirantes que non cumpren criterios de esquizofrenia	111
	Anexo 3. Criterios DSM IV-TR	112
	3.1. Episodio depresivo	112
	3.2. Episodio maníaco	114
	3.3. Episodio mixto	115
	3.4. Episodio hipomaníaco	115
	3.5. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único ..	116
	3.6. Trastorno bipolar I, episodio máis recente hipomaníaco	117
	3.7. Trastorno bipolar I, episodio máis recente maníaco ..	118
	3.8. Trastorno bipolar I, episodio máis recente mixto ...	119
	3.9. Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo	119
	3.10. Trastorno bipolar I, episodio máis recente non especificado	121
	3.11. Trastorno bipolar II	121
	Anexo 4. Escala autoaplicada de manía de Altman	123
12	BIBLIOGRAFÍA	125
	Versión en castelán	133



Introducción

1

1.1. Xustificación.

Como cadro clínico o trastorno bipolar (TB) presenta non poucos retos para os profesionais sanitarios e non escasas dificultades. Cunha prevalencia que podemos considerar relevante, que para o denominado trastorno bipolar tipo I oscila entre o 0,4% e o 1,6% da poboación e que para o trastorno bipolar tipo II é do 0,5% (APA, 2003), non se reflicte nun coñecemento específico por parte dos clínicos. O propio diagnóstico é complexo, e con frecuencia non forma parte das hipóteses que o profesional manexa cando atende un paciente. Isto tradúcese en non poucos atrasos diagnósticos que afectan a calidade de vida da persoa.

Así mesmo, o seu manexo terapéutico preséntanos a necesidade de atender as necesidades das persoas e do seu contorno. Os obxectivos das intervencións terapéuticas son permitir un control sintomático adecuado e unha normalización da súa vida. Isto, ademais do seu curso frecuentemente crónico, incidiría na necesidade de que os profesionais realizasen as intervencións máis eficaces e o máis pronto posible, evitando atrasos e a aplicación de tratamentos innecesarios.

A isto engadir que non son raros os problemas relacionados coa comorbidade, tanto no ámbito psíquico como físico. A presenza doutros trastornos mentais (consumo de tóxicos, trastornos de personalidade) como de doenzas físicas deben ser consideradas como elementos susceptibles de atención e intervención. Non facelo só pode repercutir negativamente no paciente.

Por último sensibilizarnos ante a deterioración que con frecuencia sofren estes pacientes ao longo da súa evolución. Medio familiar e social, estudos ou traballo ou a propia evolución como persoa vense afectados tanto directa como indirectamente pola evolución do trastorno. Isto non só é percibido polos membros do seu ámbito, xa que tamén o propio paciente é consciente diso: aquí o risco de suicidio xorde con cifras preocupantes que

alcanzan as cifras de 1 suicidio consumado por 6 pacientes homes, e máis de 1 por 5 mulleres.

1.2. Obxectivo.

Os obxectivos desta guía son:

- Sensibilizar os profesionais sobre a presenza do trastorno bipolar e a súa problemática asociada.
- Incrementar as habilidades dos profesionais sanitarios na detección e diagnóstico do trastorno bipolar.
- Diminuír a variabilidade no manexo dos síntomas presentes nos pacientes con trastorno bipolar.
- Mellorar a atención terapéutica, seguimento e rehabilitación nos pacientes con trastorno bipolar por parte dos profesionais implicados.

1.3. Alcance.

Inclúe:

- O uso de ferramentas diagnósticas e consideracións sobre a detección e abordaxe precoz do trastorno.
- As diferentes abordaxes terapéuticas que demostraron a súa eficacia neste trastorno.
- Indicacións para os diferentes grupos de idade (nenos e adolescentes e anciáns) e outras situacións especiais (embarazo e comorbilidade).

Non inclúe:

- O tratamento de episodios ou trastornos depresivos que non forman parte dun trastorno bipolar.

- Elementos susceptibles de seren desenvolvidos polos servizos sociais das diferentes institucións públicas (por exemplo concellos).

Destinatarios:

- Os destinatarios desta guía son os profesionais sanitarios da Rede Pública de Galicia tanto dos dispositivos de Atención Primaria como de Atención Especializada.
- As súas recomendacións poden ser aplicadas en contextos igualmente privados.

1.4. Grupo de traballo.

Para a composición do grupo de traballo buscouse unha representación das diferentes profesións implicadas (medicina de familia e comunitaria, psiquiatría e psicoloxía clínica) e dos distintos niveis involucrados (atención primaria e especializada).

Os compoñentes do grupo son:

- Alberdi Sudupe, Jesús (médico psiquiatra)
- Combarro Mato, Jesús (médico de familia e comunitaria)
- Castro Bouzas, Manuel (psicólogo clínico)
- Castro Dono, Carlos (médico psiquiatra)
- Ferrer Gómez del Valle, Ernesto (médico psiquiatra)
- Louro González, Arturo (médico de familia e comunitaria)

1.5. Metodoloxía.

A busca de material realizámola utilizando a metodoloxía proposta por Fisterra⁽¹⁾ para revisións clínicas con fontes de Medicina Baseada en Evidencias⁽²⁾

Para a localización de guías de práctica clínica, revisamos as bases de datos da National Guidelines Clearinghouse (NGC), Infobase-CMA e a National Library of Guidelines (NeLH) co descritor "Bipolar Disorder"[MeSH], e GuíaSalud co termo "Trastorno bipolar".

Sitio	Recuperados (nº)	Seleccionados (número cita)
NGC	20	2,3
NeLH Guidelines	6	3,5
CMA Infobase	1	6
GuíaSalud	0	—

Completamos a busca coa revisión do estudo "Avaliación de guías de práctica clínica sobre trastorno bipolar mediante o instrumento AGREE. (Actualización IB2005/02)", que levou a cabo a Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalía-t) (non publicado), no que se destacan como moi recomendadas as guías de práctica clínica elaboradas por SIGN (SIGN, 2005) e por NICE (NICE, 2006). Por tal motivo, estas dúas guías foron os documentos utilizados de forma preferente no noso traballo.

A localización de revisións sistemáticas levouse a cabo na base de datos Medline/PubMed e na Biblioteca Cochrane Plus.

¹ Web médica dedicada especialmente a profesionais de atención primaria orientada á consulta e á formación. (www.fisterra.com)

¹ Non comercializado en España.

A estratexia utilizada en Medline foi: "Bipolar Disorder"[All Fields] AND systematic[sb] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND "2004/09/30 02.45"[PDAT] : "2006/09/30 02.45"[PDAT] coa cal puídemos localizar 30 referencias.

Esta busca completouse coa localización de ensaios clínicos, coa seguinte estratexia: "Bipolar Disorder"[All Fields] AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND "2004/09/30 02.57"[PDAT] : "2006/09/30 02.57"[PDAT]. Mediante ela encontramos 111 referencias.

A consulta da Biblioteca Cochrane Plus realizámola utilizando o descritor "Bipolar Disorder"[MeSH e conseguimos recuperar 10 revisións sistemáticas das que ao final seleccionamos 2.

Non realizamos unha avaliación dos documentos encontrados; a súa utilización para a elaboración da guía foi en todo momento aberta sen ningún tipo de ordenación nin sistemática.



Diagnóstico do transtorno
bipolar. Criterios C.I.E.10.

2

2. Diagnóstico do trastorno bipolar. Criterios CIE.10.

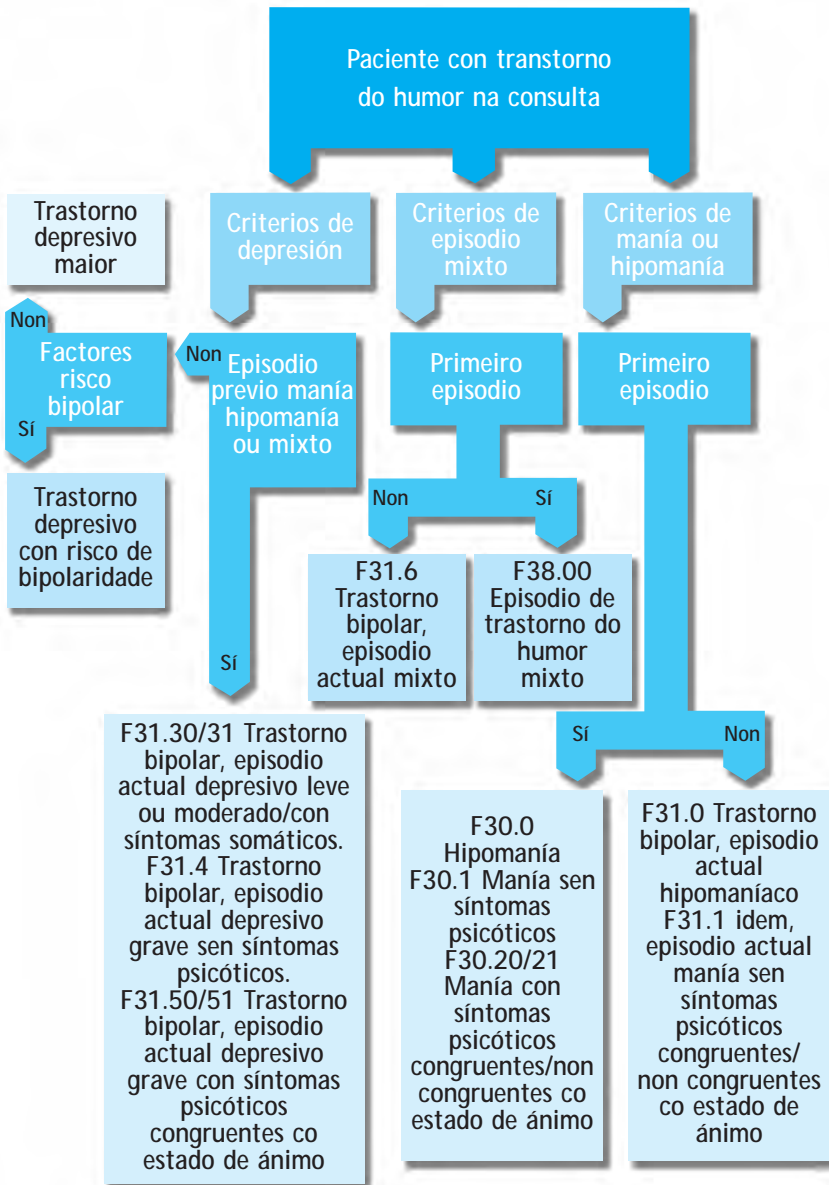
O diagnóstico de TB é un tema complexo pola propia natureza cambiante do cadro. Isto pode dificultar a valoración nun episodio e persoa concretos, atrasando a súa detección.

Actualmente os sistemas diagnósticos máis empregados son o DSM IV TR e o CIE-10. Ambos se declaran ateóricos, (para poder ser empregados por diferentes profesionais e orientacións teóricas); e criteriosais. Aínda que hai algunhas diferenzas entre os dous, en xeral podemos dicir que describen cadros moi semellantes e que polo tanto teñen un alto grao de compatibilidade.

Ámbolos dous sistemas diagnósticos seguen o mesmo patrón: definen por separado os episodios de tipo depresivo, hipomaniaco, maniaco e mixtos. A continuación definen diferentes etiquetas diagnósticas dependendo do carácter do episodio que presenta, da súa intensidade e doutras variables que fan referencia aos episodios previos e o patrón de cambio. Non obstante, hai unha diferenza importante. Segundo o CIE-10 é posible diagnosticar hipomanía, manía ou episodio mixto por separado, como diagnósticos con entidade propia. O diagnóstico segundo o DSM IV-TR sería desde o comezo xa o de trastorno bipolar.

Algoritmo diagnóstico.

Indícanse a seguir os criterios para denominar os episodios de que pode constar un trastorno bipolar.



2.1. F30.0 Episodio hipomaníaco.

Debe cumprir os seguintes criterios

- A** Humor exaltado ou irritable de intensidade claramente anormal na persoa que o mostra e que persiste cando menos durante catro días seguidos.
- B** Cando menos débense presentar tres dos seguintes síntomas. Estes deben interferir coa actividade social ou laboral habitual, pero non tanto como para producir unha interferencia grave co traballo ou rexeitamento social.
 - a. Aumento da actividade ou inquietude psicomotriz.
 - b. Aumento da locuacidade.
 - c. Dificultade na concentración ou facilidade para distraerse.
 - d. Diminución das necesidades de sono.
 - e. Incremento do vigor ou apetito sexual.
 - f. Pequenos estragos en compras ou outro tipo de comportamentos irresponsables ou imprudentes no campo económico.
 - g. Incremento da sociabilidade ou perda nas distancias sociais.
- C** O cadro non cumpre os criterios de manía, TB, episodio depresivo, ciclotimía ou anorexia nerviosa.
- D** O criterio de exclusión máis común é que o cadro non pode estar relacionado causalmente con substancias ou con algún trastorno mental orgánico.

2.2. F30.1 Manía sen síntomas psicóticos.

Debe cumprir os seguintes criterios:

- A** Humor marcadamente exaltado, expansivo, irritable ou suspicaz de intensidade claramente anormal na persoa que o mostra. Este cambio no humor debe ser moi claro e persiste cando menos durante unha semana (ou ser o suficientemente intenso como para requirir ingreso hospitalario) aínda que pode alternar ou mesturarse con humor depresivo.
- B** Cando menos débense presentar tres dos seguintes síntomas, ou catro se o humor é sinxelamente irritable ou suspicaz. A capacidade laboral e a actividade social vense gravemente alterados.
 - a. Aumento da actividade ou inquietude psicomotriz.
 - b. Aumento marcado da locuacidade (logorrea).
 - c. Fuga de ideas ou experiencia subxectiva de pensamento acelerado.
 - d. Perda das inhibicións sociais normais, o que provoca condutas inadecuadas de acordo co contexto social e o carácter da persoa.
 - e. Diminución das necesidades do sono.
 - f. Incremento exaxerado da estima de si mesmo ou ideas de grandeza.
 - g. Facilidades para distraerse ou cambios constantes de actividade ou plans.
 - h. Condutas temerarias ou imprudentes, que implican riscos non recoñecidos como tales polo individuo. Por exemplo: grandes gastos por compras inxustificables, proxectos insensatos ou condución temeraria.
 - i. Aumento marcado do vigor ou apetito sexual ou indiscrecións sexuais.
- C** Ausencia de alucinacións ou ideas delirantes, aínda que se poden presentar algunhas alteracións perceptivas (como hiperestesia auditiva ou apreciar as cores como moi vivas).

- D** O criterio de exclusión máis común é que o cadro non pode estar relacionado causalmente con substancias ou con algún trastorno mental orgánico.

2.3. F30.20/21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo.

- A** O episodio cumpre os criterios de manía sen síntomas psicóticos (F30.1) excepto o criterio C.
- B** Están presentes ideas delirantes ou alucinacións, pero distintas das listadas como tipicamente esquizofrénicas: ideas delirantes que non sexan completamente imposibles ou as non aceptadas como non apropiadas á cultura da persoa e alucinacións que non sexan en terceira persoa ou que comenten a propia actividade. As máis frecuentes teñen contidos de grandeza, autorreferenciais, eróticos ou persecutorios. O episodio non cumpre os criterios de esquizofrenia (F20) ou trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (F25.20) (Anexo 1).
- C** Están presentes ideas delirantes ou alucinacións pero que non chegan a cumprir os criterios de esquizofrenia (F20) de G1 a, b, c ou d; ou G2. (Anexo 2).
- D** O criterio de exclusión máis frecuentemente usado é que o cadro non pode ser atribuído causalmente ao consumo de substancias ou a algún trastorno mental orgánico.

Os síntomas psicóticos poden ser congruentes co estado de ánimo (por exemplo voces dicíndolle que ten poderes sobrehumanos ou ideas de grandeza) ou non congruentes co estado de ánimo (ideas delirantes de referencia ou de celos, ou temas afectivamente neutros).

2.4. F32 Episodio depresivo.

- G1 O episodio depresivo debe durar cando menos dúas semanas.
- G2 En ningún momento durante a vida da persoa tivo síntomas hipomaniacos ou maníacos suficientes como para cumprir os criterios de episodio hipomaniaco ou maníaco.
- G3 Os criterios de exclusión máis frecuentemente usados: o episodio non é atribuíble ao uso de substancias psicoactivas (F10-F19) ou a calquera trastorno mental orgánico (no sentido de F00 e F09).

Dentro dos episodios depresivos é posible especificar unha *síndrome somática*: algúns síntomas depresivos están amplamente relacionados cunha significación clínica especial (termos como biolóxicos, vitais, somáticos ou endoxenomórfico son empregados para esta síndrome noutras clasificacións). Emprégase un quinto carácter (como se indica en F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 e F33.1) para especificar a presenza ou ausencia desta síndrome somática. Para cualificar a presenza de cando menos catro dos seguintes síntomas:

- A Clara perda de interese ou pracer en actividades que son normalmente pracenteiras.
- B Falta de reaccións emocionais para sucesos ou actividades que normalmente producen unha resposta emocional.
- C Espertar á mañá dúas horas ou máis antes da hora habitual.
- D A depresión empeora na mañá.
- E Evidencia obxectiva de claro retardo psicomotriz ou axitación (marcada ou informada por outras persoas).
- F Clara perda de apetito.

- G** Perda de peso (5% ou máis do peso corporal no último mes)
- H** Clara perda de libido.

2.5. F32.00/01 Episodio depresivo leve sen/con síndrome somática.

- A** Débense reunir os criterios xerais para episodio depresivo.
- B** Cando menos dous dos seguintes tres síntomas teñen que estar presentes:
 - a. Humor depresivo nun grao que é claramente anormal para a persoa, presente a maior parte do día e case todos os días, que de modo moi claro non se ve influenciado polas circunstancias, e que se mantén cando menos dúas semanas.
 - b. Perda de interese ou pracer en actividades que son habitualmente pracenteiras.
 - c. Enerxía diminuída ou incremento da fatigabilidade.
- C** Un síntoma, ou síntomas, máis da seguinte lista deberá estar presente, para dar un total de cando menos catro:
 - a. Perda de confianza e autoestima.
 - b. Sentimentos non razoables de autorreproche ou unha culpa excesiva e inapropiada.
 - c. Pensamentos recorrentes de morte ou suicidas, ou calquera conduta suicida.
 - d. Queixas ou evidencia dun habilidade diminuída para pensar ou concentrarse, tal como indecisión ou vacilación.
 - e. Cambio na actividade psicomotriz, con axitación ou retardo (tanto subxectivo ou obxectivo).
 - f. Alteracións do sono de calquera tipo.

- g. Cambios no apetito (incremento ou diminución) co correspondente cambio no peso.

Así mesmo, do dito no quinto dígito débese diagnosticar a presenza ou ausencia da síndrome somática.

2.6. F32.10/.11 Episodio depresivo moderado sen/con síndrome somática.

- A** Débense cumprir os criterios xerais para episodio depresivo.
- B** Presenza de cando menos dous dos tres síntomas do criterio B de F32.0.
- C** Síntomas adicionais do criterio C ata completar un total de seis.

Débese usar un quinto dígito para especificar a presenza da síndrome somática comentada anteriormente.

2.7. F32.2 Episodio depresivo grave sen síntomas psicóticos.

- A** Débense cumprir os criterios xerais para episodio depresivo.
- B** Presenza dos tres síntomas do criterio B de F32.0.
- C** Síntomas adicionais do criterio C ata completar un total de 8.
- D** Ausencia de alucinacións, ideas delirantes ou estupor depresivo.

2.8. F32.30/.31 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo.

- A** Débense cumprir os criterios xerais para episodio depresivo.
- B** Cúmpanse todos os criterios diagnósticos do episodio depresivo grave sen síntomas psicóticos (F32.2) excepto o criterio D.

- C** Non se cumpren os criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) nin de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, moderado ou grave.
- D** Están presentes cando menos un dos seguintes:
 - a. Alucinacións ou ideas delirantes que non cumpren os criterios de ningún dos grupos G1 ou G2 de esquizofrenia (F20). (Anexo2).
 - b. Estupor depresivo.

Débase especificar se os síntomas psicóticos son congruentes co estado de ánimo (por exemplo síntomas psicóticos congruentes co estado de ánimo serían a presenza de ideas delirantes de culpa, de nihilismo, hipocondríacas, de ruína, catastróficas, alucinacións auditivas aldraxantes ou condenatorias) ou non (ideas delirantes de persecución ou autorreferenciais ou alucinacións sen contido afectivo).

2.9. F38.00 Episodio de trastorno de humor mixto.

- A** O episodio actual caracterízase por unha mestura ou por unha alteración rápida (en horas) de síntomas hipomaniacos, maníacos e depresivos.
- B** Tanto os síntomas maníacos como os depresivos deben ser destacados a maior parte do tempo durante un período de cando menos dúas semanas.
- C** Non existen episodios previos hipomaniacos, depresivos ou mixtos.

Unha vez realizadas estas descrições a CIE-10 combina os distintos episodios para realizar os diferentes diagnósticos de trastorno bipolar. Recordar que os outros episodios son trastornos de por si, e só cando se combinan con outros episodios diferentes, ou se repiten, aparecen os trastornos bipolares.

2.10. F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniáico.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de hipomanía.
- B** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniáico ou maniáico, episodio depresivo ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.11. F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniáico sen síntomas psicóticos.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de manía sen síntomas psicóticos.
- B** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniáico ou maniáico, episodio depresivo ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.12. F31.20/.21 Trastorno bipolar, episodio actual maniáico con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de manía con síntomas psicóticos.
- B** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniáico ou maniáico, episodio depresivo ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.13. F31.30/.31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve ou moderado sen/con síndrome somática.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de episodio depresivo leve ou episodio depresivo moderado.
- B** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniáico ou maniáico, ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.14. F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sen síntomas psicóticos.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de episodio depresivo grave sen síntomas psicóticos.
- B** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniaco ou maniaco, ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.15. F31.50/.51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo.

- A** O episodio actual cumpre os criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno do humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniaco ou maniaco, ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.16. F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

- A** O episodio actual caracterízase por unha mestura ou por unha alterancia rápida (en horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos e depresivos.
- B** Tanto os síntomas maniacos como os depresivos deben destacar a maior parte do tempo durante un período de cando menos dúas semanas.
- C** Existiu no pasado cando menos outro episodio de trastorno de humor e que satisfacía os criterios de episodio hipomaniaco ou maniaco, episodio depresivo ou episodio de trastorno do humor mixto.

2.17. F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

- A** Os síntomas presentes non cumpren os criterios de episodio depresivo ou maníaco de ningún tipo de gravidade, nin os de ningún outro trastorno do humor (posiblemente por causa dun tratamento para reducir o risco de futuras recaídas).
- B** Estivo presente cando menos sen dúbida un episodio maníaco ou hipomaniaco.

2.18. F31.8 Outros trastornos bipolares.

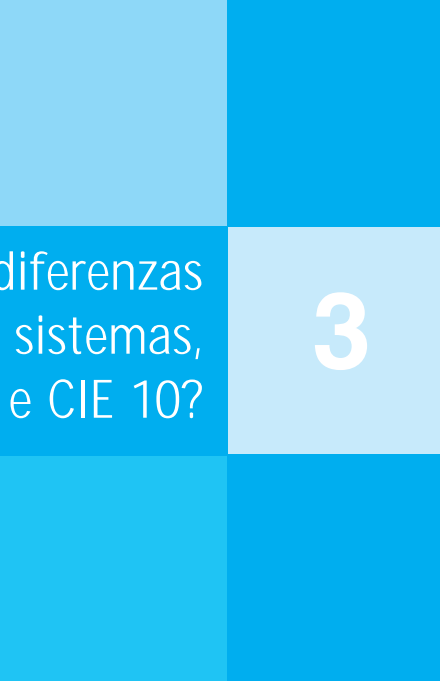
Non hai criterios preestablecidos para esta categoría, tendo que ser definidos polos clínicos en concreto.

2.19. F31.9 Trastorno bipolar sen especificación.

Á parte disto hai un anexo na CIE 10 no que se mencionan tres categorías ou especificacións para o TB. A primeira é unha posible categoría de **trastorno afectivo estacional** en que calquera dos diagnósticos mencionados deben cumprir que tres ou máis episodios se presentan en períodos de 90 días (unha estación) dun ano durante cando menos tres ou máis anos consecutivos, que tamén hai remisións dentro do período de 90 días nun ano e que os episodios estacionais superan claramente os non estacionais. Esta categoría tamén se podería aplicar aos episodios ou trastornos depresivos.

Outra posible categoría é a de **Trastorno bipolar II**. Esta defínese pola presenza de un ou máis episodios depresivos, de un ou máis hipomaniacos, pero coa ausencia completa de episodios previos de manía. De todos modos este diagnóstico sería no momento actual F31.0

A última posible especificación é a de **ciclador rápido**, diagnosticado mediante a presenza de catro episodios dentro dun trastorno bipolar nun período de 12 meses.



¿Cales son as diferenzas
entre os dous sistemas,
DSM IV-TR e CIE 10?

3

3. ¿Cales son as diferenzas entre os dous sistemas, DSM IV-TR e CIE 10?

As diferenzas existentes son as seguintes:

3.1. Episodio hipomaníaco.

Na DSM IV-TR (Anexo 3) inclúense os criterios de autoestima exaxerada ou grandiosidade e a fuga de ideas como dous criterios a engadir. Engloban por outra parte a conduta imprudente no aspecto económico e o incremento no apetito sexual como un único criterio sobre incremento da implicación en actividades pranteiras. Por último, non considera a perda de distancias no ámbito social como un criterio separado.

Así mesmo, inclúe especificamente que este cambio debe ser observable polos demais e que non sería necesaria a hospitalización.

3.2. Manía sen/con síntomas psicóticos.

No DSM IV-TR encontramos que a diferenza é que pide 3 ou 4 dunha lista de 7 categorías de síntomas ou condutas nas cales de novo a conduta sexual é subsumida con outras condutas sociais ou pranteiras e non se considera a perda das inhibicións sociais como un criterio diferenciado.

Así mesmo, cando aparecen síntomas psicóticos a lista non é tan concreta como a exposta na CIE-10 (ver anexo 2) e codifícase por separado, non como parte integrante do código diagnóstico.

3.3. Episodio depresivo.

Inicialmente no DSM IV-TR non se distingue entre as diferentes intensidades (non se dan puntos de corte entre elas), necesitando cando menos cinco síntomas dunha lista de nove, tendo que ser un deles o estado de

ánimo depresivo ou a perda dos intereses ou da capacidade para o pracer. Subsume a perda de confianza e autoestima nos sentimentos de culpa ou inutilidade.

De igual modo indícase que o cadro non é mellor explicado por unha dor ou loito.

O DSM-IV TR non ten a especificidade da síndrome somática: hai *síndrome melancólica*. Parecida á síndrome somática, necesita da presenza de catro síntomas dunha lista de oito que comparte con ela, dos cales cando menos un ten que ser ou perda de pracer ou falta de reactividade emocional ante sucesos gratos. Así mesmo, inclúe unha calidade distinta do ánimo depresivo e unha culpabilidade excesiva, subsume perda de apetito e de peso no mesmo criterio e non menciona a clara perda da libido.

Tamén inclúe unha síndrome atípica, non incluída na CIE-10, consistente reactividade emocional, cumprir cos criterios dunha lista de 4: incremento de apetito ou peso, hipersomanía, abatemento e patrón duradeiro de sensibilidade ao rexeitamento interpersonal.

Pódese especificar se o episodio é crónico, merecendo tal concreción cando os criterios de episodio depresivo se cumpriron de forma continua cando menos nos dous últimos anos.

No DSM IV-TR, comúns a todos os diagnósticos de maníacos a depresivos, temos outras especificacións, como son a existencia ou non de *síntomas catatónicos* e de se o cadro é de *inicio no posparto*. Por outra parte, dentro do propio diagnóstico de trastorno bipolar e co cambio de polaridade (de depresivo a hipomaniaco ou maníaco e viceversa) podemos especificar se foi *con ou sen recuperación interepisódica*; se é *con patrón estacional* (cunha definición diferente da dada na CIE-10); ou se é *con ciclos rápidos* (coa mesma definición que na CIE-10).

Por último, mencionar unha diferenza importante en relación coa codificación: o DSM-IV-TR non considera os episodios hipomaníacos, mixtos ou maníacos como categorías diferentes do que son os trastornos bipolares. Isto pode ocasionar discrepancias, posiblemente importantes, se empregamos os códigos como criterios nunha busca de información.



Detección e valoración do
trastorno bipolar

4

Non se recollen nas revisións probas claras sobre que síntomas prodrómicos permitirían predicir a aparición do trastorno. Non obstante, os profesionais deberían preguntar sobre a presenza de síntomas hipomaniacos e de antecedentes familiares de TB cando valoran un paciente con depresión.

De igual modo é necesario realizar unha exploración máis completa cando se trata dalgunha das seguintes situacións:

- Períodos de conduta desinhibida, con hiperactividade, cunha duración de cando menos catro días, con ou sen períodos de depresión.
- Tres ou máis episodios depresivos no contexto dunha historia de hiperactividade e conduta desinhibida.

Na valoración da persoa que sofre un episodio bipolar, recoméndase cando menos recoller os seguintes aspectos:

- Historia clínica completa, incluíndo antecedentes familiares e propios, cunha revisión de todos os episodios anteriores e a presenza de calquera síntoma inter-episódico.
- Valorar o perfil sintomático do paciente, os elementos “disparadores” de episodios previos, funcionamento social e persoal, cadros concorrentes (incluíndo abuso de substancias) e a presenza de estresores psicosociais, que afecten a saúde física, risco e ansiedade.
- Obter cando for posible, preservando os límites da confidencialidade, a corroboración da información por parte dun membro da familia ou dun coidador.
- De igual modo, e aínda que non hai probas que demostren a superioridade das escalas sobre a valoración clínica (SIGN, 2005), pode ser útil o uso dalgún criterio estruturado a través de escalas hetero como autoaplicadas. Como escalas heteroaplicadas encóntranse as escalas Young para a avaliación da manía, a de Bech-Rafaelsen e a de valoración da

manía por clínicos; como escala autoaplicada está adaptada ao noso contexto a Altman Self-Rating Mania Scale (Anexo 4).

Cando se está considerando o diagnóstico de TB dos pacientes deberase tomar con cautela a aparición dos seguintes elementos:

- A presentación tardía dun trastorno bipolar pode cursar con máis síntomas psicóticos, incremento de ideación suicida, abuso de substancias ou máis alteracións condutuais. Isto resulta de especial importancia naquela poboación que por características étnicas teñen dificultados no acceso a servizos sanitarios.
- O abuso de tóxicos ou alcohol pode inducir trastornos manimorfos. nos centros hospitalarios, habendo evidencia de abuso, haberá que esperar sete días antes de conferir un diagnóstico de TB.
- Os síntomas poderían ser por causa de condicións orgánicas subxacentes, tales como hipotiroidismo, accidentes cerebrovasculares e outros trastornos neurolóxicos, particularmente en persoas cun debut tardío do trastorno bipolar (persoas maiores de 40 anos).

Cando en concreto se considere o diagnóstico de ciclos rápidos no TB habería que comprobar explicacións alternativas para os síntomas, como son os trastornos tiroideos, cambio de ciclo inducido por antidepressivos, infradosificación de fármacos, os efectos da retirada do litio e a adherencia inestable ao tratamento. Deberíase pensar tamén en preguntar como evolucionou o humor, ao paciente e/ou ao cuidador, durante polo menos o último ano.

Cando se sospeite a coaparición ou o diagnóstico diferencial cun trastorno de personalidade, fanse as seguintes indicacións:

- Durante a valoración inicial considerar o diagnóstico inicial de TB antes que o diagnóstico de trastorno de personalidade nunha persoa con cambios de humor e deterioración funcional.

- Durante o tratamento, asegurar que o paciente tivese un tratamento adecuado para estabilizar os síntomas antes de considerar un diagnóstico de trastorno de personalidade.

En relación coa conduta suicida, hai que considerar que os suicidios consumados nos pacientes con trastorno bipolar I poden alcanzar o 15% en homes e o 22% en mulleres, polo que unha coidadosa valoración do risco sería crítica (APA, 2006) en certos momentos, como son:

- No momento do primeiro diagnóstico do TB.
- Cando na persoa cun TB se supón un cambio significativo no estado mental ou nas circunstancias persoais.
- Nunha persoa con TB que é dada de alta ou abandona a atención hospitalaria.



Prognóstico

5

Para a maior parte dos pacientes, o TB é crónico e recorrente. Hai unha gran cantidade de variacións entre os individuos, no número total de episodios experimentados, pero o termo medio é de 10 (Mackin & Young, 2005).

Os episodios de manía e depresión tenden a agruparse no tempo, arredor dun período de tempo, en proximidade uns episodios con outros. Logo son seguidos doutros episodios de inactividade. O risco de recorrencia no ano posterior ao episodio de trastorno do humor é especialmente alto (50% nun ano, 75% aos catro anos e máis tarde 10% por ano), comparado con outros trastornos psiquiátricos.

Comparados coa poboación xeral, os pacientes con TB teñen taxas máis altas de mortalidade estandarizada por todas as causas.

O TB está asociado cunha alta carga de enfermidades como a diabetes e as enfermidades cardíacas e unha taxa de mortalidade estandarizada de mortes prematuras por causas naturais, estimada en 1,9 para os homes e 2,1 para as mulleres (Osby *et al.*, 2001).

A taxa de mortalidade por suicidio é moito máis alta, aproximadamente 15 para os homes e 22,4 para as mulleres. O maior risco de intentos de suicidio ocorre durante os episodios depresivos ou mixtos (Osby *et al.*, 2001).

Os episodios mixtos e a ciclación rápida son máis frecuentes nos pacientes con comorbilidade por abuso de substancias, outros trastornos médicos, suicidio e intentos de suicidio.

A manía e hipomanía que aparecen despois dos 40 anos, con frecuencia evolucionarán durante varios anos con episodios de depresión; ou ben, o seu debut a unha idade tan tardía será sospeita de que son secundarias a outros factores como medicación esteroidea, infeccións, procesos neuroendócrinos ou problemas neurolóxicos.

Non obstante, só o 15% dos casos de TB que acoden en principio (en vez de ao inicio) aos servizos de saúde mental están desencadeados por un problema médico.


O prognóstico da depresión máis tardía é xeralmente peor debido á alta taxa de mortalidade. A maior parte do incremento de mortalidade é explicada pola gran carga de enfermidade física, especialmente enfermidades cardiovasculares e cerebrovasculares, antes que o suicidio.

A taxa de mortalidade estandarizada por morte cardiovascular é dúas veces a da poboación xeral, pero parece que pode ser reducida se os pacientes manteñen a medicación a longo prazo.

A detección temperá do TB é importante para fomentar un réxime de manexo do tratamento conveniente, co propósito de mellorar os resultados finais e minimizar o dano causado pola repetición de episodios.

Os individuos, a miúdo, son capaces de identificar os precipitantes dos cambios do ánimo e/ou comportamento, que indican as primeiras etapas dun episodio, xa que cada episodio comeza cun patrón similar que é idiosincrásico e típico de cada individuo.

Os estilos das recaídas poden ser útiles indicadores para os mesmos individuos, os familiares, amigos próximos, ou para os clínicos e poden ser útiles para prever a escalada cara a un episodio completo. Identificar os factores de estrés particulares que están asociados coa recaída, tales como estresores psicosociais específicos ou sucesos asociados con alteracións no ritmo circadiano, poden axudar os individuos a aprender formas de reducir o risco de desencadear estes episodios. Aínda que os sucesos desencadeantes poden ser identificados antes dalgúns episodios, outros episodios non teñen por que ter un desencadeante obvio, ou polo menos facilmente recoñecible. (Nice 2006).



Cuidados físicos dos pacientes
con trastorno bipolar
(Ver táboa 2)

6

Os pacientes diagnosticados de trastorno bipolar teñen uns niveis máis altos de morbilidade e mortalidade física que a poboación xeral, pero a miúdo reciben coidados de saúde insuficientes.

6.1. Valoración física inicial.

Nos pacientes con TB tan pronto como sexa posible, os profesionais da saúde deben:

- Determinar o consumo de tabaco e alcohol
- Realizar perfil tiroideo, probas de función hepática e renal, medir a presión arterial, recuento hematolóxico, glicemia e perfil lipídico
- Medir peso e estatura
- Valorar a opción de solicitar o electroencefalograma (EEG), a tomografía axial computarizada (TAC) ou a resonancia magnética nuclear (RMN), se se sospeita etiloxía orgánica ou comorbidade importante.
- Valorar a despistaxe de drogas, a radiografía (Rx) de tórax e o electrocardiograma (ECG) se a historia ou o cadro clínico o suxire.

6.2. Revisión anual.

Aos pacientes con TB débeselles realizar un exame físico anual, normalmente en atención primaria:

- Niveis de lípidos, incluíndo colesterol en todos os pacientes por riba dos 40 anos, mesmo se non hai outra indicación de risco
- Nivel de glicosa en plasma.
- Peso.
- Consumo de tabaco e alcohol.

- Presión arterial.
- Os resultados da revisión anual deben comentarse co paciente. Varios fármacos usados no TB poden producir unha significativa ganancia de peso, en especial a olanzapina. Pero tamén é necesario un coidadoso control do peso con todos os antipsicóticos, en xeral, o litio e o valproato. Se o paciente gaña peso durante o tratamento, deberá revisarse a súa medicación e ter en conta o seguinte:

Consello dietético e apoio desde a atención primaria e os servizos de saúde mental

Aconsellar exercicio aeróbico regular

Os tratamentos farmacolóxicos tales como antidepressivos a altas doses, sibutramina ou topiramato, non están recomendados coa indicación de conseguir diminución progresiva de peso.



Episodio agudo

7

7.1. Manexo dos síntomas depresivos nos episodios agudos.

O manexo dos síntomas depresivos no TB é parecido ao do episodio depresivo unipolar. Non obstante, e a diferenza do que ocorre na depresión unipolar, no TB o uso de antidepressivos entraña o risco de virar a episodios maníacos, polo que ao prescribir un antidepressivo, hai que ter a precaución de asociar tamén un fármaco antimaníaco.

O papel dos antidepressivos como tratamento de mantemento é limitado; a medicación especificamente preventiva ten un maior protagonismo neste aspecto da enfermidade.

Os pacientes con TB desenvolven máis flutuacións, tanto na intensidade como na duración dos síntomas, que os que padecen depresión unipolar, pero hai poucas probas nas que nos poidamos basear para guiar o tratamento dos diferentes niveis de gravidade (Nice 2006).

7.1.1. Pacientes con trastorno bipolar e sen tratamento antimaníaco, que presentan unha síndrome depresiva.

Ao paciente que se lle prescribe un antidepressivo hai que asociarlle un fármaco antimaníaco. A súa elección debe ser compatible coa decisión sobre un futuro tratamento preventivo, os probables efectos secundarios e a posibilidade de embarazo nas mulleres.

Ao iniciar un tratamento antidepressivo haberá que explicar os riscos de viraxe a un episodio de manía e os beneficios de asociar un fármaco antimaníaco por tal motivo.

Por suposto, os pacientes que non estean dispostos a tomar un antimaníaco deben ser coidadosamente monitorizados.

O tratamento antidepressivo débese iniciar cunha dose baixa e incrementala progresivamente se fose necesario.

7.1.2. Pacientes con trastorno bipolar e tratamento antimaniáco xa instaurado, que presentan unha síndrome depresiva.

Cando un paciente con tratamento antimaniáco presenta un episodio depresivo agudo, débese comprobar en primeiro lugar que está tomando o antimaniáco na dose adecuada e axustala se fose necesario.

Nos pacientes con síntomas depresivos agudos leves, débese realizar unha nova valoración antes de dúas semanas se:

- Os episodios previos de depresión leve non desenvolveron episodios máis graves, nin se prolongaron cara a unha depresión crónica.
- O paciente non ten un risco significativo de desenvolver unha depresión máis grave.

Se o paciente é valorado como suxeito con risco de empeoramento, ou na revisión continúa estando mal, debe ser tratado como no caso dunha depresión moderada ou grave, en particular se a deterioración funcional é evidente.

Nos pacientes con síntomas depresivos moderados ou graves, haberá que considerar:

- Administrar un antidepressivo ISRS (excepto paroxetina no caso de mulleres embarazadas), porque están relacionados cunha probabilidade menor de viraxe que outros antidepressivos.
- Engadir quetiapina se o paciente está tomando medicación antimaniáca, pero non outro antipsicótico.

Se un tratamento farmacolóxico adecuado, tanto en doses como en cumprimento, non consegue unha significativa melloría para os síntomas depresivos moderados, deberá considerarse un programa de tratamento psicolóxico estruturado. Este deberá centrarse nos síntomas depresivos, solución de problemas, mellora do funcionamento social e psicoeducación.

7.1.3. Control do risco do tratamento antidepressivo.

Os antidepressivos débense evitar en pacientes con síntomas depresivos que teñen un TB con ciclación rápida ou un episodio hipomaniáco recente.

No seu lugar, debe considerarse a opción de aumentar a dose do axente antimaniáco, ou engadir un segundo fármaco antimaniáco (incluída a lamotrixina).

Deben ser abordadas as preocupacións dos pacientes sobre a toma dos antidepressivos; é conveniente informar que o “craving” e a tolerancia non ocorren normalmente e que a toma de medicación non é un signo de debilidade persoal.

Ao inicio dun tratamento antidepressivo, os pacientes serán informados:

- Da posibilidade de viraxe cara á manía ou hipomanía
- Da demora no comezo do efecto e que a melloría é gradual e sofre fluctuacións normais
- Da necesidade de tomar a medicación como se lle prescribe, e o risco de síntomas de descontinuación/retirada se o suspende de maneira brusca.
- Da necesidade do control de signos de acatisia, ideas suicidas (normalmente calquera paciente menor de 30 anos, será revisado antes de que acabe a semana de iniciación do tratamento) e o aumento de ansiedade e axitación (sobre todo ao inicio do tratamento)
- Da necesidade de buscar axuda rápida se os efectos secundarios son significativos

Se un paciente con TB desenvolve unha marcada e/ou prolongada acatisia ou axitación, mentres toma un antidepressivo, o uso deste debe ser revisado urxentemente.

Haberá que ter coidado ao prescribir ISRS -sobre todo en anciáns- cando tomen outra medicación que poida producir sangrado intestinal, tal como os antiinflamatorios non esteroideos (AINES). Valorarase o uso complementario de fármacos protectores da mucosa gástrica nese caso.

7.1.3.1 Finalización do tratamento antidepressivo despois dun episodio depresivo agudo.

Cando un paciente está en remisión dos síntomas depresivos (os síntomas diminuíron significativamente a súa gravidade, durante oito semanas), considerarase a finalización do tratamento antidepressivo, para minimizar o risco de viraxe á manía e o aumento de risco para a ciclación rápida.

A dose do antidepressivo será reducida gradualmente en varias semanas, mantendo a medicación antimaniáca. Cómpre ter precaución coa paroxetina e a venlafaxina, porque ambas as dúas están asociadas a un maior risco de síntomas de descontinuación/retirada, comparativamente con outros antidepressivos de uso corrente.

7.1.3.2. Tratamentos non recomendados para uso rutineiro.

Os seguintes tratamentos non serán utilizados de forma rutineira para os pacientes con TB nos episodios agudos depresivos:

- A lamotrixina en solitario, como axente de primeira liña en TB I
- Estimulación magnética transcranial

7.1.4. Tratamento dos síntomas resistentes e psicóticos dun episodio depresivo.

7.1.4.1. Resposta incompleta ao tratamento do episodio agudo depresivo.

Cando un paciente con síntomas depresivos non responde completamente ao tratamento antidepressivo, este será reavaliado para buscar datos de abuso de substancias, estresores psicolóxicos, problemas físicos de saúde, comorbilidade (por exemplo con síndrome de ansiedade ou graves síntomas obsesivos) e adherencia inadecuada á medicación.

Unha vez descartadas estas situacións valorarase:

- Aumentar a dose do antidepressivo.
- Tratamento psicolóxico individual focalizado nos síntomas depresivos.
- Cambiar a un antidepressivo alternativo.
- Engadir quetiapina ou olanzapina se o paciente non está tomando xa unha delas.
- Engadir litio, se o paciente non o está tomando xa.

7.1.4.2. Concorrencia de síntomas depresivos e psicóticos.

Para os pacientes con diagnóstico de TB que ao mesmo tempo experimentan síntomas depresivos e psicóticos, considerarase engadir ao actual plan de tratamento medicación antipsicótica tal como olanzapina, quetiapina ou risperidona, (recórdese a data e a procedencia das guías revisadas) ou utilizar terapia electroconvulsiva (TEC), se a enfermidade depresiva é grave.

7.1.4.3. Síntomas depresivos persistentes.

Para os pacientes con síntomas depresivos persistentes e sen historia de ciclación rápida recente, incluídos aqueles que rexeitasen un antidepresivo, considerarase unha terapia psicolóxica estruturada.

7.1.4.4. Intervencións adicionais.

Os pacientes con síntomas depresivos deben ser aconsellados sobre a conveniencia dun programa estruturado de exercicio físico, a organización de actividades que sexan agradables e/ou impliquen consecución de obxectivos, unha dieta e sono adecuados, un apropiado apoio social.

7.1.5. Despois dun episodio depresivo agudo.

Despois dun episodio depresivo agudo, os pacientes non deben continuar rutineiramente cun tratamento antidepresivo a longo prazo, porque non hai probas de que este reduza as taxas de recaída, e, polo contrario, pode estar asociado cun aumento do risco de viraxe á manía.

7.1.5.1 Tratamento para os síntomas depresivos crónicos e recorrentes.

Neste caso os seguintes tratamentos débense tomar en consideración, discutíndoos co paciente, para persoas que teñen un diagnóstico establecido de TB con síntomas depresivos crónicos ou recorrentes, e que non están tomando medicación preventiva e non tiveron un episodio maníaco ou hipomaníaco recente:

- Tratamento a longo prazo con ISRS, á mínima dose terapéutica, en combinación con medicación preventiva

- Terapia cognitivo-conductual (16-20 sesións) en combinación con medicación preventiva
- Quetiapina ou lamotrixina

7.1.6. Control dos episodios agudos mixtos.

Débense tratar os pacientes cun episodio agudo mixto, como se presentasen un episodio agudo maníaco e evitar a prescrición dun antidepresivo.

Cómpre controlar estes pacientes polo menos semanalmente, en particular polo risco de suicidio.

7.2. Manía; hipomanía; fase mixta.

7.2.1. Indicacións xerais.

No caso de que o comezo da enfermidade sexa a presentación dun episodio maníaco, hipomaníaco ou mixto. Na valoración inicial deste paciente deben determinarse:

- A** Hábitos de consumo de tóxicos: alcohol, tabaco, outros.
- B** Estudo de función hepática, tiroidea e renal.
- C** Tensión arterial, hemograma, glicemia, colesterol e triglicéridos.
- D** Peso corporal e altura.

Poden ser convenientes: EEG, TAC ou resonancia magnética nos pacientes en que se sospeita etioloxía orgánica, ou unha importante comorbilidade. Cando o indique a historia médica do paciente ou o seu actual cadro clínico: Rx. tórax; ECG; detección de tóxicos.

Débense informar as pacientes sobre contracepción e dos riscos dun embarazo en mulleres en idade fértil (risco de recaída durante o embarazo; riscos para o feto derivados da medicación; riscos ao interromper a medicación durante o embarazo). Falar cos pacientes sobre os seus plans futuros para ter descendencia.

Nun episodio maníaco moderado, recoméndase extrapolar os coñecementos adquiridos no tratamento da manía severa. Os criterios de manexo clínico e tratamento son os mesmos.

Para evitar no posible as consecuencias dos síntomas maníacos, recoméndase evitar unha estimulación excesiva, adiar decisións importantes, e procurar manter unha rutina diaria de actividade e de horas de sono.

Interromper o antidepressivo se o paciente o está tomando cando aparecen os síntomas maníacos (facelo brusca ou gradualmente, depende do risco de presentación de síntomas de descontinuación/abstinencia, experiencia anterior, etc).

Tras a valoración inicial, convén volver ver o paciente dentro da primeira semana. Posteriormente, e durante os tres primeiros meses, convén que sexan atendidos cada 2-4 semanas.

7.2.2. Tratamento farmacolóxico na manía aguda para pacientes que non están tomando medicación antimaníaca.

Opcións ao iniciar o tratamento: antipsicótico, valproato ou litio. Unha vez feita a elección, pensar nas seguintes cuestións:

- O tratamento, se é eficaz, deberá manterse durante un longo período de tempo.
- Perfil de efectos secundarios do fármaco, tendo en conta as características individuais do paciente.

- O antipsicótico é de elección nos casos en que os síntomas maníacos son severos, ou as alteracións de conduta graves.
- Valproato ou litio son de elección cando previamente presentaron unha boa resposta; e por parte do paciente un bo cumprimento.
- Empregar litio sen outra medicación unicamente en casos de síntomas non severos, debido ao seu máis lento inicio de acción comparado co valproato ou os antipsicóticos.

Alteracións graves do comportamento, ou insomnio grave, poden ser indicación para o emprego durante breve tempo dunha benzodiazepina.

Antipsicóticos de elección: olanzapina, quetiapina ou risperidona. (Recórdese a procedencia e data das guías revisadas) Tendo en conta:

- Factores de risco (diabetes,...)
- Comezar coa menor dose recomendada, e ir aumentando segundo a resposta.
- Se o antipsicótico non ten a eficacia desexada, debe engadirse valproato ou litio.
- Maior risco de comezo súbito de síntomas depresivos en anciáns tras a recuperación dun episodio maníaco.

A carbamazepina non está recomendada para o seu uso habitual ou de primeira indicación. Non están recomendados lamotrixina, gabapentina e topiramato.

7.2.3. Tratamento farmacolóxico da manía aguda en pacientes que están tomando medicación antimaníaca.

Se está tomando litio, determinar os niveis plasmáticos. Niveis óptimos entre 0,80 mmol/l e 1,0 mmol/l. Axustar a dose en consecuencia. Se non hai

melloría, intentar potenciar o efecto terapéutico coa adición dun antipsicótico.

Se está tomando valproato, aumentar a dose ata que os síntomas comecen a mellorar ou ata que os efectos secundarios limiten unha maior dose; ou ata alcanzar a dose máis alta recomendada do produto. Se non hai melloría, aumentar a súa eficacia engadindo antipsicótico.

Se os síntomas son graves (paciente a tratamento con litio ou valproato), débese propor a adición dun antipsicótico; á vez que se van incrementando as doses de litio ou valproato, se os seus niveis sanguíneos o aconsellan.

Se está tomando carbamazepina, non é conveniente aumentar a dose de entrada, antes hai que pensar en engadir un antipsicótico dependendo da intensidade dos síntomas. Débense ter en conta as interaccións da carbamazepina con outros fármacos, que poden ser bastante frecuentes.

7.2.4. Tratamento farmacolóxico dos episodios mixtos agudos.

As indicacións sobre o tratamento son as mesmas que se se tratase dunha fase maníaca aguda pura, evitando dar antidepressivos.

A avaliación do paciente debe ser polo menos semanalmente, salientando a vixilancia do risco suicida (avaliación do paciente con periodicidade frecuente –polo menos semanalmente–, enfatizando a vixilancia do risco suicida.)

7.2.5. Tratamento farmacolóxico do episodio maníaco agudo en pacientes cicladores rápidos.

Valen as indicacións para o episodio maníaco en pacientes que non presentan ciclos rápidos. Ademais convén engadir:

- Facer unha revisión dos tratamentos ensaiados para o TB. Non desbotar o emprego, de novo, de tratamentos que anteriormente non se

administraron nas doses ou tempo adecuados e dos que o cumprimento foi deficiente.

- Revisar a optimización da proposta a longo prazo do tratamento: o emprego de cada unha das medicacións debe ser como mínimo de seis meses de duración. É este un aspecto que se debe priorizar, máis que o tratamento de episodios e síntomas illados.
- Suxerir ao paciente levar un rexistro diario da calidade afectiva e dos cambios de humor (diarios) (rexistro en papel ou electrónico), intentando recoller a gravidade (severidade) e frecuencia dos síntomas, así como da influencia das intervencións terapéuticas.

7.2.6. Tratamento electroconvulsivo en episodios maníacos (TEC).

A recomendación para o emprego do tratamento electroconvulsivo (TEC) faise só en casos en que o obxectivo é lograr unha melloría rápida, en pouco tempo, de síntomas graves e tras ter ensaiado outras opcións terapéuticas que resultaron inefectivas; e/ou en pacientes en que a sintomatoloxía é valorada como de risco vital para el mesmo ou para outras persoas; en pacientes que presentan:

- Depresión grave.
- Catatonía.
- Episodio maníaco grave ou prolongado.

Valoración de riscos e beneficios co TEC no caso do paciente concreto:

- Antes de utilizar TEC, reducir ou interromper litio ou benzodiazepinas.
- Cando está tomando un anticonvulsivante, monitorizar a duración das convulsións.
- Valoración do estado mental para detectar cambios á outra fase.

7.2.7. Manexo clínico das alteracións agudas do comportamento.

■ Indicacións xerais.

Paciente diagnosticado de TB, que presenta serias alteracións da conduta, ou en risco de presentalas a xuízo do equipo sanitario. Nestes casos débese:

- Asegurarse de que o paciente está situado nun contorno con poucos estímulos, cos mellores recursos e axudas dispoñibles, e escasos motivos de provocar un enfrontamento; accesibles no espazo terapéutico en que nos encontramos.
- Valoración da seguridade e o estado físico do paciente, incluíndo o seu nivel de hidratación.

E pensar o plan de actuación máis adecuado nese momento.

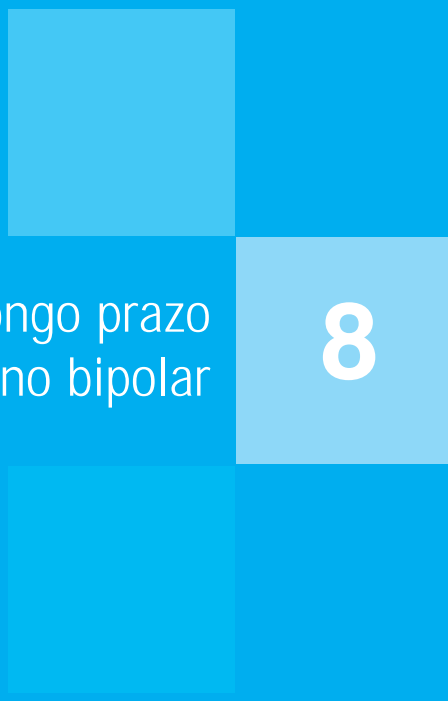
- Técnicas de distracción ou desviación dos intereses do paciente cara a condutas de menor risco.

■ Manexo farmacolóxico de alteracións de comportamento graves en pacientes con trastorno bipolar.

- Intentar o emprego de medicación oral (lorazepam, antipsicótico, ou unha combinación de ambos) antes de recorrer á administración intramuscular.
- Hai comercializados dous antipsicóticos en preparados bucodispersables, idóneos para estas situacións: risperidona e olanzapina. (Unha vez máis, recórdense as guías clínicas utilizadas con preferencia para esta revisión escrita, a súa procedencia e a súa data de redacción).
- Se o manexo efectivo con medicación oral non é posible, hai que pasar á *tranquilización*: olanzapina (10 mg); lorazepam (2 mg¹); ou haloperidol (2 a 10 mg); a ser posible só un deles.

¹ Non comercializado en España.

- O haloperidol manterase como segunda opción, despois dos dous primeiros, debido ao seu potencial risco de efectos secundarios (alteracións motoras, sobre todo distonía e acatisia).
- Olanzapina e benzodiazepina, ambas parenterais, non deben administrarse unha despois doutra ata que o intervalo de tempo sexa maior dunha hora.
- En caso de administración parenteral repetida, non pasar de 20 mg ao día de olanzapina, 4 mg ao día de lorazepam, ou 18 mg ao día de haloperidol. Ter en conta doses orais concomitantes administradas, para non exceder os límites aconsellados en ficha técnica para cada medicación.
- Para elixir entre olanzapina ou benzodiazepina: datos de resposta previa; datos sobre tolerancia previa; dispoñibilidade de flumazenil se se opta pola benzodiazepina; medicación actual que estaba tomando.
- Outras opcións de tratamento intramuscular (diazepam, clorpromazina, zuclopentixol) non están recomendadas nas datas de revisión desta guía.
- As indicacións son as mesmas no caso de nenos e adolescentes. Coa excepción de que a *tranquilización* con haloperidol non está recomendada pola propensión neste grupo de idade á aparición de efectos extrapiramidais.



Tratamento a longo prazo
do transtorno bipolar

8

O trastorno bipolar é unha enfermidade crónica de carácter recorrente. Tal natureza explica a necesidade dun tratamento de mantemento eficaz, que reduza e poida distanciar no tempo os episodios.

A súa cronicidade fai necesaria unha estreita colaboración entre paciente e médico que permita detectar os síntomas de recaída con rapidez, mellore o cumprimento do tratamento e facilite que o paciente interiorice uns hábitos de hixiene saudables que van mellorar de forma considerable o pronóstico.

Este punto revisará os tratamentos de mantemento dispoñibles e aquelas técnicas que poidan mellorar a actitude do paciente ante a súa enfermidade, para potenciar desta forma o beneficio destes tratamentos.

8.1. Bipolar I: Tratamento de mantemento.

8.1.1. Tratamento farmacolóxico.

■ Litio.

Imos enunciar as evidencias encontradas:

O litio é eficaz na prevención de recaídas nos tres anos seguintes ao episodio índice. O efecto profiláctico do litio é maior para os episodios maníacos e hipomaniacos, sendo marxinal para os episodios depresivos.(Davis 1999) (Burguess 2001) (Geddes 2001).

Os niveis superiores a 0'7 mmol/l resultaron máis efectivos que niveis inferiores a esas cifras en sangue. A toma diaria é mellor que a toma cada dous días. (Keller 1992) (Jensen 1995)

A supresión brusca de litio pode provocar un episodio maníaco (Mander 1991)(Suppes 1991) (Faedda 1993)·

O litio ten un efecto na prevención do suicidio a longo prazo no tratamento dos trastornos afectivos. Este efecto é debido posiblemente á acción directa do propio fármaco e non ao seguimento a longo prazo que comporta o tratamento con litio (Cipriani et al., 2005).

Os efectos do tratamento a longo prazo con litio son o risco de disfunción tiroidea, a estreita marxe terapéutica en canto aos seus niveis sanguíneos, a discutida deterioración da función renal, e o risco de fenómenos de rebote pola interrupción brusca (NICE 2006).

■ Carbamacepina.

Aínda que algúns estudos apoian que a carbamacepina é polo menos tan eficaz como o litio na prevención de recaídas, nun período de tempo entre seis semanas a tres anos, outros estudos favorecen o litio fronte á carbamacepina en trastorno bipolar tipo I

■ Valproato.

Os traballos revisados non son concluíntes en canto a que o valproato en monoterapia sexa superior a placebo na prevención de episodios maníacos, aínda que si que o é en canto ás recurrencias depresivas. (NICE, 2006)

■ Lamotrixina.

O tratamento de mantemento durante 18 meses con lamotrixina atrasa o inicio do próximo episodio depresivo (Bowden 2003) (Calabrese 2003).

Pode ser efectiva en monoterapia en pacientes con ciclación rápida, pero non é superior a placebo noutras circunstancias (NICE, 2006)

■ Antipsicóticos.

A olanzapina é máis efectiva que placebo na redución de episodios maníacos, pero non está claro que sexa eficaz na redución de episodios depresivos (NICE, 2006), aínda que se debe ter en conta que incrementa en maior

medida que outros antipsicóticos o colesterol, a hemoglobina glicosilada e os triglicéridos plasmáticos (Lieberman et al., 2005).

Nun ensaio clínico (Tohen 2005), a olanzapina foi máis efectiva que litio na redución de novos episodios maníacos e mixtos, sen encontrar diferenzas en canto á prevención de episodios depresivos.

Non se encontraron outros traballos de calidade suficiente ata a data sobre o tratamento a longo prazo con outros antipsicóticos.

- Antidepressivos.

Os antidepressivos, aínda que son eficaces no tratamento da depresión a curto prazo, poden inducir viraxes a manía ou hipomanía, ou ben provocar ciclación rápida. O seu uso en combinación con litio non é máis eficaz que o litio só para previr recaídas. (NICE, 2006).

- Combinacións con diversos psicofármacos.

A combinación de antipsicóticos con litio ou anticonvulsivantes a longo prazo, é recomendable só no caso de que o paciente persista sintomático tras seis meses de tratamento en monoterapia.

As combinacións consideradas adecuadas foron: litio máis valproato, litio con olanzapina ou quetiapina, e valproato con quetiapina ou olanzapina. (NICE 2006).

8.1.2. Interrupción do tratamento.

- Litio.

A súa redución brusca pode provocar un episodio maníaco de rebote, polo que se recomenda a diminución gradual entre un e tres meses. (NICE, 2006)

■ Antidepressivos.

En caso dun cadro maníaco, recoméndase valorar o perigo dunha retirada brusca do antidepressivo. A síndrome de descontinuación provocado pola súa supresión brusca nun paciente con síntomas maníacos podería agravar o episodio. (NICE, 2006).

■ Outros.

Hai escasa evidencia de fenómenos de rebote ou abstinencia para carbamazepina, valproato, quetiapina, risperidona ou olanzapina.

8.1.3. Intervencións psicosociais.

■ Terapia cognitivo condutual (TCC).

A TCC obtén bos resultados a 18 meses en prevención de recaídas e mellora de funcionamento social. O tratamento inclúe un adestramento en detección de signos precoces de recaída por parte dos pacientes. Ademais, algúns autores incorporan programas de desenvolvemento de hábitos de actividade diúrna e sono regular, así como adestramento do paciente en manexo de síntomas depresivos e hipomaníacos. (NICE, 2007)

A TCC a longo prazo consegue prolongar o tempo entre recaídas e diminúe o número destas. Este efecto diminúe tras o primeiro ano de tratamento (Dominic 2005), e en pacientes con máis de 12 episodios previos (Scott, 2006).

■ Terapia interpersoal e do ritmo social.

Esta terapia céntrase en regularizar os hábitos de sono, traballo, exercicio e outras actividades diarias. traballa ademais sobre os focos clásicos da terapia interpersoal (cambios de rol, perdas...).

Un estudo a dous anos (Frank 2005) encontra que aqueles pacientes con tratamento interpersonal en fase aguda vían incrementado o tempo para unha nova recaída, independentemente do tratamento de mantemento a que fosen asignados.

■ **Terapia familiar de orientación condutual.**

A terapia familiar de orientación condutual diminúe o número de recaídas e de ingresos por episodios afectivos. Tamén se encontrou un aumento do intervalo entre as crises a dous anos (NICE 2006).

■ **Grupos de psicoeducación.**

Esta intervención en formato grupal, inclúe información sobre a enfermidade, cumprimento de tratamento, identificación precoz de recaídas e regularidade en hábitos. Hai datos sobre a súa eficacia na prevención de recaídas (Colom 2003).

8.2. Bipolar II: Tratamento de mantemento.

Unha característica deste trastorno é que as fases depresivas son moi superiores en frecuencia ás hipomaniacas, unhas 37 veces (NICE 2006). Por tanto enténdese a importancia do control da sintomatoloxía depresiva nestes pacientes. Non obstante, persiste a escaseza de traballos en tratamento de mantemento deste tipo de pacientes.

8.2.1. Tratamento farmacolóxico.

■ **Litio.**

A súa eficacia non está demostrada na prevención de recaídas no trastorno bipolar tipo II (NICE 2006)

- Carbamacepina.

Fronte a litio non se encontraron diferenzas na prevención de recaídas (NICE 2006).

- Valproato.

Os datos sobre a súa eficacia non son concluíntes (NICE, 2006).

- Antidepresivos.

Os pacientes deste grupo bipolar son menos propensos a desenvolver vira-xes con antidepresivos, pero non hai estudos que demostren a súa eficacia a longo prazo. (NICE, 2006).

- Intervencións psicosociais.

Non hai ningún traballo específico que estude a eficacia de intervencións deste tipo no trastorno bipolar tipo II.

8.3. Tratamento de mantemento en cicladores rápidos.

Non se encontraron diferenzas entre litio e valproato. (Joseph 2005). Ambos os dous teñen pouca utilidade.

8.4. Medidas para incrementar a adherencia ao tratamento.

A eficacia da maioría das intervencións depende da cooperación do paciente. No TB, ao non haber conciencia de enfermidade, este aspecto é de suma relevancia.

Encontrouse relación entre o mal cumprimento e a presenza de comorbilidade, abuso de substancias e actitudes negativas ante medicación, tratamento e profilaxe.

Hai algunha evidencia de que o cumprimento se reduce co incremento da duración da terapia.

Hai evidencia limitada de que intervencións psicoeducativas incrementan a adherencia ao tratamento en pacientes con TB. Esta adherencia é independente da gravidade da enfermidade, as características demográficas dos pacientes ou o número e tipo de medicación.

A evidencia para outras intervencións é limitada. (NICE 2006)

8.5. ¿Hai medidas útiles en canto á rehabilitación?

Constatouse unha discrepancia marcada entre o nivel de estudos dos pacientes con trastorno bipolar e o nivel de emprego alcanzado. (The BiPolar Organisation, 2001) (Morselli 2003). As oportunidades de emprego dos pacientes con trastorno bipolar poden verse diminuídas en relación con síntomas afectivos persistentes, trastornos da personalidade comórbidos e deterioración da adaptación social (Gitlin 1995) (Hammen 2000).

Os programas de emprego tutelado son máis eficaces para conseguir unha reintegración no mercado laboral que aqueles que inclúen un adestramento prevocacional. Estes programas consisten en colocar os pacientes nun posto de emprego, cun período máximo dun mes de preparación.

8.6. Recomendacións no tratamento farmacolóxico a longo prazo do trastorno bipolar.

8.6.1. Principios xerais.

O inicio do tratamento de mantemento deberá considerarse nas seguintes circunstancias (NICE, 2006):

- Tras un episodio maníaco grave.

- Trastorno tipo I con dous ou máis episodios agudos.
- Trastorno bipolar tipo II con deterioración funcional clara, alto risco de suicidio ou episodios frecuentes.

Os tratamentos de elección son litio, olanzapina e valproato. (Tohen, 2006; NICE, 2006; Ketter, 2006).

A elección dun deles basearase en considerar a resposta a tratamentos previos, o risco relativo de recaída depresiva fronte á maníaca, e o perfil somático do paciente (especialmente diabetes, obesidade e estado da función renal).

Se o paciente non mellora ou persiste un patrón de recaídas, valorarase a opción de cambiar de fármaco ou asociar ao tratamento inicial un segundo axente profiláctico entre os recomendados (NICE 2006).

O tratamento profiláctico deberá manterse polo menos dous anos tras un episodio bipolar. Naqueles pacientes con risco alto de recaída, deberá prolongarse durante cinco anos (NICE 2006).

8.6.2. Uso de antipsicóticos no tratamento a longo prazo.

Recoméndase ao empezar o tratamento rexistrar o peso, a estatura, a glicemia e os niveis plasmáticos de triglicéridos. En pacientes con patoloxía ou en risco de patoloxía cardiovascular realizárase un ECG.

En caso de iniciar tratamento con risperidona, establecer niveis basais de prolactina naqueles pacientes con diminución da libido, amenorrea, xinecomastia, galactorrea ou disfunción sexual.

Con quetiapina, é recomendable iniciar o tratamento de forma gradual para evitar unha hipotensión e as súas consecuencias.

Deberase monitorizar o peso cada tres meses durante o primeiro ano de tratamento. Glicemia e lípidos cada tres meses, excepto con olanzapina que deberá ser cada mes. se aparecen síntomas de hiperprolactinemia en pacientes con risperidona, deberíase medir de novo a prolactina en sangue.

8.6.3. Recomendacións do uso do resto dos fármacos.

Na táboa 2 recóllense os controis periódicos e precaucións xerais para o manexo de litio, valproato, carbamacepina e lamotrixina. A continuación cítanse aspectos puntuais de interese no tratamento a longo prazo con algún destes fármacos.

■ Litio.

- Deberanse evitar os antiinflamatorios non esteroideos, excepto o paracetamol.
- Non se poderá cambiar o sal da dieta habitual do paciente sen monitorización estreita dos niveis de litio.
- Os pacientes deben ser avisados da necesidade de control médico en caso de diarrea ou vómitos por calquera causa.
- Deberán manter unha hidratación adecuada, especialmente despois de exercicio intenso ou exceso de calor.
- En caso de enfermidade febril acudirán inmediatamente ao seu médico para supervisión e axuste de doses.

■ Valproato.

En mulleres en idade fértil deberá evitarse o seu uso; así como en mulleres menores de 18 anos por risco de desenvolvemento dunha síndrome de ovario poliquístico.

- Lamotrixina.

Ao iniciar o tratamento con lamotrixina en mulleres que toman anovulatorios, a efectividade de ambos os fármacos pode verse diminuída, polo que se debe recomendar o uso de métodos anticonceptivos alternativos e axustar a dose de lamotrixina mentres ambos os tratamentos concorran. Así mesmo, alertarase do risco de intoxicación por lamotrixina ao retirar os anovulatorios.

Os pacientes deberán ser advertidos do risco de reaccións cutáneas graves e da necesidade de consultar con urxencia calquera rash cutáneo, especialmente se aparece ao inicio do tratamento.

8.6.4. Síntomas depresivos.

Tras a resolución dunha crise depresiva, os antidepresivos deberán ser retirados, xa que non hai evidencia de que se reduzan as recaídas cun tratamento de mantemento e ademais hai un risco evidente de desenvolvemento de viraxe ou ciclación rápida.

En caso de síntomas depresivos persistentes ou recorrentes dispónse das seguintes opcións:

- Un inhibidor específico da recaptación de serotonina en combinación cun tratamento profiláctico.
- Engadir terapia cognitivo condutual.
- Engadir quetiapina ou lamotrixina.
- Para os pacientes con trastorno bipolar tipo II pódese considerar a posibilidade de dar lamotrixina en monoterapia.

8.6.5. Tratamento da ciclación rápida a longo prazo.

O tratamento de primeira elección é litio combinado con valproato. En segunda liña temos a opción de prescribir litio só. Débense evitar os anti-depresivos no posible. Valorar a combinación de lamotrixina con litio ou valproato, especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo II. Recoméndase avaliar a función tiroidea cada seis meses.

8.7. Recomendacións no tratamento psicolóxico a longo prazo.

As psicoterapias estruturadas deberán considerarse en pacientes estables ou ben con síntomas afectivos de leves a moderados. Deberán ser un complemento da medicación, cun mínimo de 16 sesións administradas en 6-9 meses e deberán incluír:

- Psicoeducación sobre a enfermidade bipolar.
- Información sobre as medidas de hixiene básicas que se deben adoptar (hábitos de sono regular, evitación de drogas, actividade diaria regrada e cumprimento do tratamento).
- Monitorización do estado afectivo e síntomas precoces de recaída, achegando estratexias para previr unha progresión a recaída completa.
- Apoio e desenvolvemento de técnicas de manexo de estrés.

É de grande interese iniciar as terapias tras as primeiras descompensacións, xa que hai datos que apuntan a unha menor eficacia a medida que se acumulan as recorrencias.

Pódese considerar a posibilidade de ofrecer a familiares ou achegados do paciente psicoeducación, adestramento en técnicas de resolución de problemas e habilidades de comunicación.



Situaciones especiales

9

9.1. Comorbilidade.

Os afectados de TB e trastorno da personalidade comórbido deben recibir a mesma atención que os demais pacientes con trastorno bipolar, xa que a presenza de trastorno da personalidade non exclúe a efectividade dos tratamentos para o trastorno bipolar.

As taxas de alcoholismo e outras drogodependencias son substancialmente máis elevadas en persoas con trastornos bipolares que na poboación xeral, afectando aproximadamente o 61% dos pacientes con TB tipo I. En consecuencia, os clínicos deben estar preparados para tratar os trastorno bipolares e os trastornos por abuso de substancias simultaneamente (Brown, 2006).

9.2. Anciáns.

Os trastornos comórbidos do eixe I son frecuentes entre os pacientes xeriátricos con TB. As porcentaxes de comorbilidade son: alcoholismo (38%), distimia (15%), trastorno por ansiedade xeneralizada (20%), trastorno de pánico (20%). Os anciáns con TB presentan unha alta prevalencia de alcoholismo e as anciás con TB presentan unha elevada prevalencia de trastorno de pánico (Goldstein, 2006).

Cando se tratan pacientes xeriátricos con TB, os profesionais sanitarios deben:

- Empregar a medicación en doses máis baixas.
- Estar alerta ante o incremento do risco de interaccións medicamentosas cando se prescribe medicación psicotrópica.
- Asegurarse de que as patoloxías médicas concomitantes foron diagnosticadas e tratadas.

9.3. Principios xerais do tratamento de mulleres: embarazo e lactación.

O manexo e tratamento das mulleres con TB que están intentando concibir, e durante os períodos prenatal e posnatal, é complexo e supón un reto. Isto ocorre en gran medida porque os riscos de tomar unha medicación durante a xestación non sempre se comprenden ben e porque a probabilidade de recaída nas mulleres durante este período é elevado. Non existen psicofármacos que estean autorizados especificamente para o seu uso durante o embarazo ou a lactación.

Os riscos absolutos e relativos dos problemas asociados co tratamento e non tratamento do TB durante a xestación, deben ser discutidos coas propias mulleres afectadas.

O contacto máis frecuente cos especialistas dos servizos de saúde mental, traballando conxuntamente cos servizos de obstetricia, debe ser considerado nas mulleres con TB, debido ao maior risco de recaída durante a xestación e o período posnatal.

Un plan escrito para o manexo das mulleres con trastorno bipolar durante a xestación, parto e período posnatal debe ser desenvolvido tan pronto como sexa posible. Isto debe ser consensuado coa paciente e con outros axentes significativos, compartido co seu obstetra, comadroua ou persoal de asistencia a domicilio. A información sobre a súa medicación debe ser incluída no plan de nacemento e nas notas do coidado posnatal.

Se unha muller embarazada e con diagnóstico de TB está estabilizada cun antipsicótico e é propensa a recaer sen medicación, débese manter este antipsicótico e monitorizar a ganancia de peso ou o risco de diabetes.

Os seguintes psicofármacos non se deben prescribir en pacientes embarazadas con trastorno bipolar:

- *Valproato*, debido ao risco para o feto e posterior desenvolvemento do neno.
- *Carbamacepina*, debido á súa limitada eficacia e risco de dano fetal.
- *Litio*, debido ao risco de malformación fetal, como os problemas cardíacos.
- *Lamotrixina*, debido ao risco de dano fetal.
- *Paroxetina*, debido ao risco de malformacións cardiovasculares no feto.
- Tratamento a longo prazo con benzodiazepinas, debido aos riscos durante a xestación e o inmediato período posnatal, como a fisura palatina.

9.3.1. Mulleres durante a xestación.

As mulleres con TB que están considerando quedar embarazadas deben ser avisadas, para que interrompan a administración de *valproato*, *carbamacepina*, *litio* ou *lamotrixina* así como os psicofármacos profilácticos alternativos como é o caso dos ansiolíticos.

As mulleres que toman antipsicóticos e están planificando un embarazo deben ser advertidas dos incrementos nos niveis de prolactina que se asocian a algúns destes medicamentos, e que reducen as posibilidades de concepción. Se os niveis de prolactina están elevados, deben considerarse outros psicofármacos alternativos. Se precisase medicación antimaniaca, prescribírase unha dose baixa dun antipsicótico, típico ou atípico, polo seu menor risco.

Se unha muller que está tomando *litio* está planificando un embarazo, débense ter en conta as seguintes consideracións:

- Se a paciente se encontra ben e non existe un elevado risco de recaída, débese retirar progresivamente o *litio*.

- Se a paciente non se encontra ben ou presenta un elevado risco de recaída:
 - Cambiar gradualmente a un antipsicótico, ou
 - Interromper o litio e restablecelo no segundo trimestre se a muller non está planificando lactación posterior, e os seus síntomas responderon mellor ao litio que a outras drogas no pasado, ou
 - Continuar co *litio*, tras unha completa discusión acerca dos riscos, mentres está intentando concibir e durante o embarazo, en caso de que episodios maníacos complicasen embarazos previos, e os seus síntomas respondesen ben ao *litio*.
- Se a muller mantén o *litio* durante o embarazo, os niveis séricos de *litio* deben ser monitorizados cada catro semanas, con frecuencia semanal a partir da semana 36, e en menos de 24 horas antes do nacemento. A dose debe ser axustada para manter os niveis séricos dentro do rango terapéutico. As mulleres deben manter unha adecuada inxesta de líquidos.
- Se a muller está planificando un embarazo e se sente deprimida tras deixar a medicación profiláctica, a terapia cognitivo-condutual debe ser ofrecida en vez dos antidepressivos, polo risco de descompensación maníaca que poden provocar. Se se recorre a un antidepressivo, xeralmente debe ser un ISRS (pero non *paroxetina*, polo risco de malformacións cardiovasculares fetais) e a muller debe ser monitorizada atentamente.

9.3.2 Mulleres con embarazos non planificados.

Se unha muller que padece un TB ten un embarazo non planificado:

- O embarazo debe ser confirmado o antes posible.
- A muller debe ser advertida para que interrompa a inxesta de *valproato*, *carbamacepina* ou *lamotrixina*.

- Se o embarazo é confirmado no primeiro trimestre e a muller está estable, o *litio* debe ser interrompido gradualmente nun prazo dunhas catro semanas, e a muller debe ser informada de que o risco de malformacións cardíacas no feto non desaparece.
- Se a muller continúa co *litio* durante a xestación, os niveis séricos de *litio* deben ser controlados cada catro semanas, con frecuencia semanal a partir da semana 36, e en menos de 24 horas antes do nacemento. A dose de *litio* débese axustar para manter os niveis séricos dentro do rango terapéutico, e a muller debe manter unha adecuada inxesta de líquidos.
- Pódese propoñer un antipsicótico como medicación profiláctica.
- Ofrecer un adecuado seguimento e asesoramento acerca da continuación do embarazo, a necesidade de monitorización adicional e o risco fetal que existe se a muller está con medicación.

9.3.3 Muller embarazada con manía aguda.

Se unha muller embarazada que non está tomando medicación desenvolve un episodio maníaco agudo, débese valorar a administración dun antipsicótico atípico ou típico. A dose debe ser o máis baixa posible e a muller debe ser monitorizada coidadosamente.

Se a muller embarazada desenvolve manía aguda mentres está tomando medicación profiláctica, os prescritores deben (NICE, 2006):

- Revisar a adherencia ao tratamento e a dose do axente profiláctico.
- Incrementar a dosificación se a muller está consumindo un antipsicótico, ou considerar o cambio a un antipsicótico se non o toma.
- Se non se produce resposta a cambios nas doses do medicamento e a paciente experimenta manía severa, valorar a opción do emprego de TEC (terapia electro-convulsiva), litio e, raramente, valproato.

En caso de que non haxa alternativa ao valproato, a muller debe ser informada do incremento do risco para o feto e o neno de trastornos do desenvolvemento intelectual. Débese empregar a dose efectiva máis baixa posible e aumentala con medicación antimaniaca adicional (excluíndo a *carbamacepina*). A dose máxima empregada debe ser de 1 gramo diario, en doses divididas e en presentación de liberación retardada, engadindo 5 mg/día de *ácido fólico*.

9.3.4 Muller embarazada con síntomas depresivos.

En mulleres embarazadas con síntomas depresivos leves e TB débense considerar os seguintes puntos (NICE, 2006):

- Técnicas de autoaxuda como guías de autoaxuda e terapia cognitivo-condutual.
- Intervencións psicoterapéuticas breves.
- Fármacos antidepressivos.

En mulleres embarazadas con síntomas depresivos moderados ou graves e, diagnóstico coñecido de trastorno bipolar, débense considerar os seguintes puntos (NICE, 2006):

- Psicoterapia cognitivo-condutual para depresión moderada.
- A combinación de medicación e intervencións psicolóxicas estruturadas para a depresión severa.

En mulleres embarazadas con síntomas depresivos moderados ou graves e TB, a *quetiapina* soa, ou os inhibidores selectivos da recaptación de serotonina (ISRS) -pero non a *paroxetina*-, en combinación con medicación profiláctica, son os psicofármacos de primeira elección, porque os ISRS se asocian en menor medida que os antidepressivos tricíclicos á viraxe á fase maníaca. Os IRSS deben ser interrompidos se as pacientes desenvolven síntomas maníacos ou hipomaníacos.

As mulleres ás cales se lles prescriben antidepressivos durante o embarazo, deben ser informadas dos efectos adversos a curto prazo que poden ocasionar os antidepressivos no neonato

9.3.5. Coidados no período neonatal.

As mulleres que están tomando litio deben ser atendidas durante o parto en medio hospitalario, xa que é necesario que sexan monitorizadas por un equipo médico obstétrico, ademais do coidado habitual da matrona. A monitorización debe incluír o balance de fluídos, polo risco de deshidratación e toxicidade por *litio*.

Despois do parto, se unha muller con diagnóstico de TB, que non está tomando medicación, presenta un elevado risco de descompensación e desenvolvemento dun episodio agudo; débese valorar o establecemento ou o reinicio da medicación tan pronto como a paciente estea medicamente estabilizada, unha vez que o balance de fluídos se equilibrou.

Se a muller mantida con *litio* presenta un alto risco de recaída maníaca no período posnatal inmediato, débese considerar ou engadir un antipsicótico.

Se a muller con trastorno bipolar desenvolve síntomas maníacos graves (severos) ou síntomas psicóticos e trastornos condutuais no período do parto, débese valorar a tranquilización rápida con antipsicóticos en vez do uso de benzodicepinas, debido ao risco de complicacións fetais. (NICE, 2006)

9.3.6. Lactación.

As mulleres con TB que están tomando medicación psicotrópica e desexan lactar deben:

- Ser informadas e advertidas dos riscos e beneficios da lactación materna.

Ser advertidas de que non lacten se están tomando *litio*, benzodicepinas ou *lamotrixina*, e ofrecer un axente profiláctico compatible coa lactación. Un antipsicótico pode ser a primeira elección (pero non *clozapina*).

- Prescribir un ISRS se se emprega un antidepresivo (pero non *fluoxetina* ou *citalopram*).

9.3.7. Coidados do neno.

Síntomas que inclúen irritabilidade, choro constante, calafríos, tremor, inquietude, incremento do ton muscular, trastornos do sono ou da alimentación e raramente convulsións, foron descritos en neonatos de nais consumidoras de ISRS. Moitos destes síntomas son severos e autolimitados. En moitos casos estes síntomas aparecen casualmente relacionados coa exposición ao antidepresivo, aínda que hai un debate sobre o seu mecanismo fisiopatolóxico: o grao de influencia da toxicidade serotoninérxica, ou da reacción de retirada.

Os bebés das nais que tomaron psicofármacos durante o embarazo, deben ser monitorizados durante as primeiras semanas, debido aos eventuais efectos adversos das drogas, a toxicidade dos psicofármacos ou os cadros de retirada (por exemplo síndrome hipotónica fetal, irritabilidade, choro constante, calafríos, tremor, inquietude, incremento do ton muscular, trastornos de sono ou da alimentación e raramente convulsións). Se á muller se lle prescribiron antidepresivos no último trimestre, tales síntomas poden ser producidos por toxicidade serotoninérxica, con máis probabilidade que por un cadro de retirada de psicofármacos, e o neonato debe ser monitorizado coidadosamente.

9.4. Infancia e adolescencia.

9.4.1. Nenos e adolescentes con trastorno bipolar.

O TB I é a modalidade máis estudada en psiquiatría infanto-xuvenil. A presentación do TB en persoas novas, especialmente nenos, considérase atípica con frecuencia, se se compara coa presentación clásica en adultos. Os nenos que reciben o diagnóstico de TB presentan tipicamente rápidas fluctuacións do humor e cambios condutuais, frecuentemente asociados ao trastorno por déficit de atención con hiperactividade ou aos trastornos condutuais disruptivos comórbidos (McClellan, 2007).

Recentes estudos puxeron de manifesto que do 15% ao 28% dos adultos experimentan o comezo do seu trastorno antes dos 13 anos de idade. Aqueles con comezo na infancia, en comparación cos que empezan na idade adulta, teñen un TB máis grave, complicado e de peor evolución (Post, 2006).

O cadro clínico que emerxe en nenos ou adolescentes caracterízase por períodos de incremento da enerxía vital (manía ou hipomanía), acompañados de distraibilidade, discurso acelerado, irritabilidade, grandiosidade, taquipsiquia, diminución da necesidade de durmir, euforia ou excitación. Aproximadamente a metade dos casos presentan fuga de ideas, e un terzo dos casos hipersexualidade ou síntomas psicóticos (Kowatch, 2005).

O diagnóstico de TB en nenos e adolescentes, particularmente nenos prepuberais, presenta un reto porque os criterios diagnósticos actuais están desenvolvidos para os adultos e teñen limitacións cando se aplican nesta franxa de idade. A evidencia sobre fármacos e tratamentos do trastorno bipolar en nenos e adolescentes é moi limitada. Na data de publicación dos traballos que revisamos (antes de xullo de 2006) o único medicamento que ten indicación para o tratamento de pacientes menores de 18 anos con TB é o litio, que está autorizado para aqueles pacientes con 12 ou máis anos.

Os principios xerais do uso de fármacos en nenos e adolescentes con TB inclúen comezar con doses máis baixas que nos adultos. Unha estreita monitorización é precisa posto que os nenos e os adolescentes son máis propensos aos efectos adversos da medicación, incluída a sedación, obesidade, síntomas extrapiramidais, cambios metabólicos e incremento da pro-lactina.

9.4.2. Consideracións especiais.

Os profesionais sanitarios que traballan en servizos especializados en nenos e adolescentes con TB deben:

- Familiarizarse cos protocolos nacionais e locais de confidencialidade e os dereitos da infancia.
- Asegurarse de que se obtén o consentimento apropiado, considerando a capacidade de comprensión do adolescente, o consentimento dos pais, os principios xerais de protección da infancia, e o uso de protocolos pediátricos de intervencións médicas.

Cando se planifica o coidado dos nenos e adolescentes con trastorno bipolar, os profesionais sanitarios deben considerar:

- Os estresores e vulnerabilidades dos seus contornos familiares, educativos e sociais, incluída a calidade das relacións interpersoais.
- O impacto de calquera comorbidade, tales como o déficit de atención con hiperactividade (TDAH) e os trastornos por ansiedade.
- O impacto do trastorno na súa escolarización ou desempeño social.
- A súa vulnerabilidade á explotación, por exemplo, como consecuencia das condutas desinhibidas.

Pais ou cuidadores (e posiblemente outros membros da familia) deben implicarse no desenvolvemento de plans de cuidados, debendo dar consentimento informado, soporte ás metas psicolóxicas do tratamento, e axuda para asegurar a adherencia ao tratamento.

Aos nenos e adolescentes débenseles ofertar consultas individuais con profesionais sanitarios, ademais de sesións compartidas cos seus familiares ou cuidadores.

9.4.3. Diagnóstico de trastorno bipolar I en nenos e adolescentes.

Cando se diagnostica TB I en nenos ou en adolescentes débense aplicar os mesmos criterios que nos adultos excepto que:

- A manía debe estar presente.
- A euforia debe estar presente a maior parte dos días, a maior parte do tempo (polo menos durante sete días).
- A irritabilidade pode ser útil no diagnóstico se esta é episódica, severa ou conduce a unha deterioración funcional. Non obstante, non debe ser considerada como un criterio diagnóstico nuclear.

O TB I non debe ser diagnosticado só de acordo cun episodio depresivo maior nun neno ou adolescente con historia familiar de TB. Non obstante, os adolescentes con antecedentes de depresión e antecedentes familiares de TB deben ser seguidos cuidadosamente.

9.4.4. Trastorno bipolar II en nenos e adolescentes.

O TB II non debe ser diagnosticado habitualmente en nenos ou adolescentes, xa que os criterios diagnósticos non están ben establecidos.

9.4.5. Diagnóstico diferencial en nenos e adolescentes.

A presenza de claros episodios de humor eufórico, inapropiado, e grandiosidade patolóxica, asociado a variacións do estado de ánimo; debe ser considerado para distinguir o TB I doutras patoloxía como o trastorno por déficit de atención con hiperactividade (TDAH) ou o trastorno de conduta.

A presenza de cambios de humor cíclicos débese empregar para distinguir o trastorno bipolar da esquizofrenia.

Antes de diagnosticar o trastorno bipolar I en nenos ou adolescentes, outras posibles explicacións das disfuncións condutuais e os síntomas deben ser consideradas, incluíndo:

- Abuso físico, emocional ou sexual; móstranse desinhibición, hipervixilancia ou hipersexualidade.
- A posibilidade de que o abuso de drogas ou alcohol produzan síntomas similares aos da manía. Neste caso, considerar o diagnóstico de trastorno bipolar só despois de sete días de abstinencia.
- Presenza de dificultades previas na aprendizaxe non diagnosticadas.
- Causas orgánicas como estados confusionais con excitación en nenos con epilepsia, ou a acatisia resultante da medicación neuroléptica.

9.4.6. Nenos e adolescentes con dificultades para a aprendizaxe.

Cando se diagnostica un TB I nun neno ou nun adolescente con dificultades na aprendizaxe, débense aplicar os mesmos criterios que cos nenos ou adolescentes sen dificultades na aprendizaxe.

9.4.7. Nenos e adolescentes con síntomas sublimiars de trastorno bipolar.

Se non é posible realizar un diagnóstico nun neno ou nun adolescente con síntomas sublimiars de TB, estes pacientes deben ser seguidos coidadosamente.

9.4.8. Métodos de avaliación para nenos e adolescentes.

O diagnóstico de trastorno bipolar en nenos e adolescentes debe ser realizado por un clínico con adestramento especializado en saúde mental infanto-xuvenil.

A avaliación debe incluír:

- Un detallado exame do estado mental baseado nunha entrevista individual co neno.
- Unha avaliación médica para excluír causas orgánicas.
- Posteriores avaliacións neurolóxicas e neuropsicolóxicas se están indicadas.
- Un detallado historial do problema actual explicado polo neno, pais ou coidadores, e outros adultos significativos como os profesores.
- Un detallado historial do desenvolvemento xeral e do desenvolvemento neurolóxico, incluíndo o historial do nacemento, desenvolvemento da fala e linguaxe, problemas condutuais ou historia de abuso.

9.4.9. Tratamento farmacolóxico da manía aguda en nenos e adolescentes.

Cando se prescribe medicación para nenos ou adolescentes cun episodio maníaco agudo, as recomendacións para adultos con TB deben ser seguidas, excepto no concernente a que os fármacos deben ser iniciados a doses máis baixas. Ademais, na etapa inicial:

- O peso e a altura deben ser medidos (e monitorizados posteriormente con regularidade -por exemplo, mensualmente durante seis meses, e despois cada seis meses-).
- Os niveis de prolactina deben ser medidos.
- Cando se valora o emprego dun antipsicótico, o risco de aumento dos niveis de prolactina coa *risperidona* e a ganancia de peso coa *olanzapina*, deben ser tidos en conta.
- Cando hai unha inadecuada resposta a un antipsicótico, engadir *litio* ou *valproato* debe ser valorado. O *valproato* xeralmente debe ser evitado en adolescentes e mulleres novas polos riscos durante o embarazo, así como o risco de desenvolver síndrome de ovario poliquístico.

9.4.10. Fármacos e psicoterapias para o tratamento da depresión en nenos e adolescentes.

Os nenos e adolescentes con TB que experimentan síntomas depresivos leves non susceptibles de tratamento inmediato, deben ser monitorizados semanalmente e débeselles proporcionar apoio adicional, por exemplo no fogar ou no medio escolar.

Os nenos e adolescentes con síntomas depresivos que precisen tratamento normalmente deben ser seguidos por clínicos especializados (servizos especializados en saúde mental de nenos e adolescentes con trastornos complexos ou persistentes; o *staff* debe incluír psiquiatras infanto-xuvenís, psicólogos clínicos e diplomados en enfermería). O tratamento debe ser similar ao do TB en adultos, salvo que a psicoterapia estruturada debe ser programada de maneira complementaria á medicación profiláctica.

Se a depresión non responde á psicoterapia asociada a psicofármacos profilácticos nun prazo de catro semanas, os prescritesores deben considerar:

- Engadir *fluoxetina*, empezando por 10 mg por día, e aumentando a 20 mg diarios se for necesario.
- Empregar un ISRS alternativo (*sertralina* ou *citalopram*) se non se produce resposta á *fluoxetina*.

Se aínda non se produce resposta, o asesoramento debe ser proporcionado por un especialista en trastornos afectivos.

Nos adolescentes máis maduros con síntomas depresivos, as recomendacións de tratamento da depresión en adultos con TB deben ser seguidas.

9.4.11. Tratamento a longo prazo de nenos e adolescentes.

O tratamento debe ser como o dos adultos con trastorno bipolar excepto:

- No emprego como axente profiláctico de primeira liña dun antipsicótico atípico que se asocie con baixo incremento de peso e ausencia de elevación da prolactina.
- O *litio* debe ser considerado como un axente profiláctico de segunda liña en pacientes do sexo feminino; e o *litio* ou o *valproato* como axentes de segunda liña en pacientes homes.
- Os pais e cuidadores deben recibir asesoramento para axudar o paciente a manter un estilo de vida normalizado.
- O colexio debe recibir asesoramento (co permiso do paciente e dos adultos responsables), no manexo do paciente con TB.

9.4.12. Servizos hospitalarios para nenos e adolescentes.

A admisión como paciente ingresado en unidade de hospitalización psiquiátrica ou en hospital de día, ou un tratamento comunitario máis intensivo, debe ser unha alternativa terapéutica que hai que ter en conta en

nenos e adolescentes con risco de suicidio ou con outros riscos graves. Estes cuidados deben ser proporcionados en unidades especializadas, deseñadas especificamente para nenos e adolescentes; e que permitan cubrir adecuadamente as súas necesidades persoais, sociais e educativas.

Os trastornos condutuais severos en nenos e adolescentes con TB deben ser manexados cos mesmos criterios terapéuticos que nos adultos, coa excepción de que a tranquilización rápida con *haloperidol* non se recomenda, polo maior risco de efectos secundarios de tipo extrapiramidal.



Táboas

10

Táboa 1

<i>CIE 10</i>	<i>DSM-IV-TR</i>
F30.0 Hipomanía	F31.9 Trastorno bipolar non especificado
F30.1 Manía sen síntomas psicóticos moderado ou grave sen síntomas psicóticos: (*)	F30.1 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único leve,
F30.20/21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo de ánimo: (*)	F30.2 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo(*)
F30.8 Outros episodios maníacos	
F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco	F31.0 Trastorno bipolar I, episodio máis recente hipomaniaco (**) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual hipomaniaco (***)
F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sen síntomas psicóticos	F31.1 Trastorno bipolar I, episodio máis recente maniaco leve/moderado/grave sen síntomas psicóticos (*, **)
F31.20/21 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	F31.2 Trastorno bipolar I, episodio máis recente maniaco c o n grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo(*, **)
F31.30/31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve ou moderado sen/con síntomas somáticos	F31.3 Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo leve/moderado: con síntomas melancólicos: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (*, **, ***)
F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sen síntomas psicóticos	F31.4 Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo grave sen síntomas psicóticos: con síntomas melancólicos: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (**, ***)
F31.50/51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo	F31.5 Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/non congruentes co estado de ánimo: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (**, ***)
F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto	F31.7 Trastorno bipolar I, episodio máis recente mixto (*, **)
F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión	F30.81 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único: en remisión parcial/total: (*) F31.7 Trastorno bipolar I, episodio máis recente maniaco, en remisión parcial/total (*, **, ***) F31.7 Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo, en remisión parcial/total (*, **, ***)
F31.8 Outros trastornos bipolares	
F31.9 Trastorno bipolar sen especificación	F31.9 Trastorno bipolar I, episodio máis recente non especificado (**)
F38.00 Episodio de trastorno do humor mixto	F30.1/2 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único: mixto: (*)

Nota

(*): indica a posibilidade de especificar con síntomas catatónicos e de inicio no posparto.

(**): indica a posibilidade de especificar de se hai ou non recuperación interepisódica; se hai un patrón estacional ou se hai ciclos rápidos.

(***): indica a posibilidade de especificar se hai síntomas atípicos ou se é crónico.

Pódese comprobar que nalgúns casos diagnósticos do DSM-IV TR poden ser incluídos en máis dunha categoría dentro da CIE 10, como por exemplo os diferentes trastornos bipolares en remisión, ou como o trastorno bipolar II entra en diferentes categorías da CIE 10.

Táboa 2

Táboa 2. Controis para pacientes con trastorno bipolar						
Monitorización para todos os pacientes/Monitorización para fármacos						
Probas	Exame Inicial	Exame anual	Antipsicóticos	Litio	Valproato	Carbamazepina
Función tiroidea	Si	Si ^a		Ao principio e cada 6 meses; máis a miúdo se hai deterioración evidente		
Función hepática	Si				Ao inicio e aos 6 meses	
Función renal	Si			Ao principio e cada 6 meses; máis a miúdo se hai deterioración evidente ou o paciente comeza a tomar drogas como IECAS, diuréticos ou AINES		Urea e electrolitos cada 6 meses
Reconto hematolóxico	Si			Só se hai indicación clínica	Ao inicio e aos 6 meses	Ao inicio e aos 6 meses
Glicosa (plasma)	Si	Si	Ao inicio e aos 3 meses (e ao mes se toma olanzapina); máis a miúdo se hai niveis elevados			
Perfil lipídico	Si	Só por riba dos 40 anos	Ao inicio e aos 3 meses; máis a miúdo se hai niveis elevados			
Presión arterial	Si	Si				
Prolactina	Só menos e adolescentes			Risperidona só: ao inicio e se hai síntomas de aumento de prolactina		
ECG	Se a historia ou o cadro clínico clínico o suxiren		Ao inicio se hai factores de risco e/ou existe enfermidade cardiovascular	Ao inicio se hai factores de risco e/ou existe enfermidade cardiovascular		

Táboa 2. Controis para pacientes con trastorno bipolar (cont.)						
Probas	Exame Inicial	Exame anual	Antipsicóticos	Lítio	Valproato	Carbamazepina
Peso e estatura	SI	SI ^b	Ao inicio e cada 3 meses o primeiro ano; máis a miúdo se o paciente gana peso rapidamente	Ao inicio e cando sexa necesario se o paciente gana peso rapidamente	Ao inicio e aos 6 meses se o paciente gana peso rapidamente	Ao inicio e aos 6 meses se o paciente gana peso rapidamente
Desplazaxe de drogas e Rx de tórax	Se a historia ou o cadro clínico o suxiren					
Monitorización para todos os pacientes/Monitorización para fármacos						
Probas	Exame Inicial	Exame anual	Antipsicóticos	Lítio	Valproato	Carbamazepina
EEG, RMN, TAC	Se se sospeita etiología orgánica ou comorbilidade					
Tabaco/alcohol	SI	SI				
Níveis séricos				1 semana despois do inicio e 1 semana despois de cada cambio de doses ata niveis estables. Despois cada 3 meses (rango terapéutico: 0,6 e 1 mmol/l)	So se hai probas de falta de eficacia, pobre adherencia ou toxicidade (rango terapéutico: 50-125 mg/ml). ^c	Cada 6 meses e 5 días despois de cada cambio de doses (rango terapéutico 4-12 mg/ml). ^c

Para pacientes con lamotrina, facer un control anual, pero non son necesarias probas especiais.

a Cada 6 meses para cicadores rápidos, ademais están indicados niveis de anticorpos tiroideos; por exemplo con probas de función tiroidea.

b Para novos e adolescentes, mensualmente durante 6 meses despois cada 6 meses.

c Notese que os niveis terapéuticos e tóxicos de carbamazepina están próximos.

Táboa 3-I. Tratamento farmacolóxico do trastorno bipolar

	Indicacións	Doses	Supresión da medicación
Litio	Manía pura. Profilaxe no trastorno bipolar. Trastornos depresivos recorrentes.	Inicio con carbonato de litio 400mg/día ^a en tres tomas. Axustar doses a litemias entre 0,6 e 1 mmol/l (rango terapéutico). Dose media de 800-1.200 mg/día. De forma rutineira, non debe ser iniciado en atención primaria.	O litio debe suspenderse gradualmente, en polo menos 4 semanas, e preferiblemente nun período de máis de 3 meses, en particular se o paciente ten historia de recaídas de episodios maniacos (aínda que iniciase outro axente antimaniaco). Cando o tratamento con litio é suspendido, ou interrompido bruscamente, débese considerar o cambio a monoterapia cun antipsicótico atípico ou valproato e monitorizar de cerca signos precoces de manía ou depresión
Valproato	De segunda elección despois do litio, no tratamento agudo dos episodios de manía e en cicladores rápidos. Como tratamento de mantemento en pacientes refractarios ao litio, en combinación con este, especialmente en episodios mixtos ou en cicladores rápidos.	Ambulatoriamente iniciar con 250 mg/8 horas, aumentando 250 a 500 mg/día cada poucos días, ata alcanzar un nivel sérico de 50-125 mg/ml a dose máxima (nunha ou dúas veces), é de 60 mg/kg/día. De forma rutineira, non debe ser iniciado en atención primaria.	Ao suspender o valproato, a dose debe reducirse gradualmente en polo menos 4 semanas, para minimizar o risco de desestabilización
Olanzapina	Tratamento dos síntomas psicóticos do trastorno bipolar. Tratamento agudo en episodio maniaco, asociado ao litio ou ao valproato. En cicladores rápidos que non se controlan con litio e/ou valproato, pódese combinar un deles cun antipsicótico. Prevenición de recurrencias na enfermidade bipolar	Nos pacientes ambulatorios comezar con doses baixas: 5 a 10 mg/día. A dose máxima é de 25 mg/día e a media é de 15 mg/día	Os antipsicóticos deben ser suspendidos gradualmente: en polo menos 4 semanas, se o paciente continúa con outra medicación, ou nun período de máis de 3 meses se non continúa con outra medicación ou ten unha historia de recaídas de episodios maniacos.
Carbamazepina	En episodios maniacos ou mixtos engadida ao tratamento de elección, cando este non logre controlar os síntomas. Como alternativa ao litio e valproato, na fase de mantemento.	Rango: 200-1600 mg/día en 3-4 tomas. En hospitalizados: ≠ 200 mg/día ata 800-1000 mg/día segundo tolerancia e resposta. En ambulatorios facer máis lentos. Mantemento: 1000 mg/día de media. Para tratamentos a longo prazo consultar a un especialista.	Ao suspender a carbamazepina, a dose debe reducirse gradualmente en polo menos 4 semanas, para minimizar o risco de desestabilización
Lamotrixina	Prevenición dos episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar	Inicio: 25 mg/día as dúas primeiras semanas. Continuar con 50 mg/día as dúas semanas seguintes. Logo aumentar 50 mg/semana segundo a resposta clínica. Dose habitual: entre 100 e 400 mg/día. De forma rutineira, non debe ser iniciado en atención primaria.	Ao suspender a lamotrixina, a dose debe reducirse gradualmente en polo menos 4 semanas, para minimizar o risco de desestabilización

^a En España só está comercializada unha presentación de 400 mg rahurable

Táboa 3-II. Tratamento farmacolóxico do trastorno bipolar

	Efectos secundarios	Actitude ante os efectos secundarios
Litio	Prevenición dos episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar	Administrar o litio nunha soa dose nocturna. Hidratación, amilorida 5mg/12h e diminuír a dose de litio.
	Tremor	Diminuír doses de litio e atenolol 25mg/12h
	Trastornos dixestivos (náuseas, vómitos, diarrea)	Administrar o litio coas comidas ou cambiar a citrato de litio
	Problemas cognitivos (falta de concentración, deterioración memoria...)	Diminuír a dose de litio
	Hipotiroidismo	Levotiroxina.
	Raramente hiperparatiroidismo.	
	Lesións cutáneas (psoriase, acné pustuloso grave)	Tratamento cun dermatólogo. Pode ser necesario suspender o litio.
Valproato	Frecuentes: gastrointestinais (náuseas, vómitos...), Tremor, sedación, osteoporose, ≠ transaminasas. Menos frecuentes: Caída do pelo, ≠de apetito e peso. Alteracións sanguíneas (leucopenia e trombopenia). Raros e Idiosincrásicos: pancreatite. Agranulocitose. Insuficiencia hepática.	Diminuír a dose ou cambio de preparado a divalproato sódico. Mesmo suspendelo. Molestias gastrointestinais: administrar famotidina ou cimetidina. Tremor: administrar betabloqueantes
Olanzapina	Frecuentes: somolencia. Mareos por hipotensión ortostática. Aumento de apetito e peso. Anticolinéxicos (sequidade de boca, estrinximento). Menos frecuentes: extrapiramidais (acatisia, discinesias, parkinsonismo). Convulsións. Aumento de prolactina, glicosa e transaminasas. Graves: síndrome neuroléptica maligna.	Aumento progresivo de doses e diminución se é necesario. Normalmente non é necesario o tratamento porque se desenvolve tolerancia, salvo nos graves
Carbamazepina	Frecuentes: diplopia, visión borrosa, fatiga. Náuseas, vómitos, aumento de peso. Menos frecuentes: erupcións cutáneas, leucopenia e trombocitopenia leves, hiponatremia, elevación leve das enzimas hepáticas, Ø de tiroxina e cortisol. Graves e raros: agranulocitose, anemia aplásica, insuficiencia hepática, dermatite exfoliativa e pancreatite.	Nos efectos secundarios leves: redución de doses. Nos graves: suspensión do tratamento.
Lamotrixina	Frecuentes: cefalea, náuseas, erupción cutánea leve, somolencia, axitación, vertixe, artraxias e dor lombo. Menos frecuentes: infección e xerostomia Graves e raros: síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica.	O aumento progresivo das doses en varias semanas, minimiza os efectos secundarios. En caso de aparición de erupción cutánea é necesaria a avaliación urxente por un médico.

Táboa 3-III. Tratamento farmacolóxico do trastorno bipolar

	Interaccións	Toxicidade
Litio	Aumentan os niveis de litio: exercicio, dieta pobre en sal, AINES, IECAS e diuréticos	Signos iniciais (litemia superior a 1,5 mEq/l): tremor intenso, náuseas, diarrea, visión borrosa, vertixe, aumento de reflexos. Con litemia superior a 2,5 mEq/l: convulsións, arritmias e deterioración neurolóxica permanente. Tratamento: equilibrio hidroelectrolítico, lavado gástrico ou indución de vómito se consciencia. Hemodiálise.
Valproato	Despraza os fármacos altamente unidos a proteínas plasmáticas. Inhibe o metabolismo da lamotrixina, polo que ao asociala hai que diminuír a dose inicial desta á metade.	Rango terapéutico amplo, polo que a sobredose inadverteida é infrecuente. Signos de sobredose son: bloqueo cardíaco, somnolencia e coma. Tratamento da sobredose: hemodiálise.
Olanzapina	O seu metabolismo pódese inducir pola carbamazepina. O carbón activado reduce a súa biodisponibilidade ata un 50 a 60%.	Non se indican doses superiores a 25 mg/día
Carbamazepina	Ø Os niveis de: valproato, lamotrixina, anticonceptivos, benzodiazepinas, antipsicóticos e antidepressivos. Ø dos niveis de carbamazepina con: fluoxetina, fluvoxamina, cimetidina, algúns antibióticos e antagonistas do calcio.	Signos inminentes: mareo, ataxia, sedación e diplopia. Sobredose: nistagmo, oftalmoplexia, signos cerebelosos e extrapiramidais, Ø nivel de conciencia, convulsións, disfunción respiratoria e mesmo morte. O tratamento: medidas sintomáticas, lavado gástrico e hemoperfusión segundo a gravidade.
Lamotrixina	Con valproato os niveis plasmáticos de lamotrixina poden aumentar ata o dobre polo que se deben diminuír as doses desta á metade. Con carbamazepina as doses de lamotrixina deberán dobrarse, polo incremento de metabolización inducida pola carbamazepina.	En sobredosificación: nistagmo, ataxia, alteración da conciencia e coma. O tratamento será o ingreso hospitalario, lavado gástrico e as medidas de soporte vital adecuadas.



Anexos

11

Anexo 1. Trastorno esquizofrénico de tipo maníaco.

O trastorno esquizoafectivo é un cadro no cal se presentan simultaneamente ou en rápida secuencia síntomas e signos afectivos (tanto maníacos como depresivos de intensidade cando menos moderada) e síntomas propios da esquizofrenia. É un cadro de difícil filiación e sería criterio de derivación para os servizos especializados.

Anexo 2. Alucinacións ou ideas delirantes que non cumpren criterios de esquizofrenia.

Os síntomas mencionados son os seguintes:

G1 Cando menos un dos seguintes.

- A** Eco, inserción, roubo ou difusión do pensamento.
- B** Ideas delirantes de ser controlado, de influencia ou pasividade, referidas claramente ao corpo, aos movementos dos membros ou a pensamentos, accións ou sensacións específicas e percepcións delirantes.
- C** Voces alucinatorias que comentan a propia actividade ou que discuten entre elas verbo da persoa ou outro tipo de voces alucinatorias procedentes dalgunha parte do corpo.
- D** Ideas delirantes persistentes doutro tipo que non son propias da cultura da persoa e que son inverosímiles, tales como as que se refiren á identidade relixiosa ou política, a capacidades e poderes sobrehumanos.

G2 Cando menos dous dos seguintes:

- A** Alucinacións persistentes de calquera modalidade, cando se acompañan de ideas non moi estruturadas e fugaces, sen con-

tido afectivo claro, ou de ideas sobrevaloradas persistentes, ou cando se presentan a diario durante polo menos un mes.

- B** Neoloxismos, interceptación ou bloqueo do curso do pensamento, que dan lugar a incoherencia ou linguaxe circunstancial.
- C** Conduta catatónica, tal como excitación, posturas características ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor.
- D** Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecemento da expresión verbal e da vivencia afectiva ou incongruencia das respostas emocionais (síntomas que poden levar ao illamento social e á diminución dos rendementos). Debe quedar claro que estes síntomas non se deben á depresión ou á medicación neuroléptica.

Anexo 3. Criterios DSM IV-TR.

3.1. Episodio depresivo.

- A** Presenza de cinco ou máis dos seguintes síntomas durante un período de dúas semanas, que representan un cambio respecto á actividade previa: un dos síntomas debe ser o primeiro ou o segundo.
 1. Estado de ánimo depresivo a maior parte do día, case cada día segundo o indica a propia persoa ou pola observación realizada por outros. Nos nenos e adolescentes o estado de ánimo pode ser irritable.
 2. Diminución acusada do interese ou da capacidade para o pracer en todas ou case todas as actividades, a maior parte do día, case cada día (segundo refire a propia persoa ou observan os demais).

3. Perda importante de peso sen facer réxime ou aumento de peso. Nos nenos hai que considerar o fracaso en lograr os aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio ou hipersomnia case cada día.
 5. Axitación ou enlentecemento psicomotores case cada día (observable polos demais, non meras sensacións de desasosego ou estar enlentecido).
 6. Fatiga ou perda de enerxía case cada día.
 7. Sentimentos de inutilidade ou de culpa excesivos ou inapropiados, que poden ser delirantes, case cada día (e non os simples autorreproches ou culpabilidade polo feito de estar enfermo).
 8. Diminución da capacidade para pensar ou concentrarse ou indecisión case cada día (xa sexa unha atribución subxectiva ou unha observación allea).
 9. Pensamentos recorrentes de morte, non só o temor á morte; ideación suicida recorrente sen un plan específico ou unha tentativa de suicidio ou un plan específico para suicidarse.
- B** Os síntomas non cumpren os criterios para un episodio mixto.
- C** Os síntomas provocan malestar clinicamente significativo ou deterioración social, laboral ou doutras áreas importantes da actividade da persoa.
- D** Os síntomas non son debidos aos efectos fisiolóxicos directos dunha substancia.
- E** Os síntomas non se explican mellor pola presenza dunha dor, os síntomas persisten durante máis de dous meses ou se caracterizan por unha acusada incapacidade funcional, preocupacións mórbidas de

inutilidade, ideación suicida, síntomas psicóticos ou enlentecemento psicomotor.

3.2. Episodio maníaco.

- A** Un período diferenciado dun estado de ánimo anormal e persistentemente levado, expansivo ou irritable, que dura polo menos unha semana (ou calquera duración se é necesaria a hospitalización).
- B** Durante o período de alteración do estado de ánimo persistiron tres ou máis dos seguintes síntomas (catro se o estado de ánimo é só irritable) e houbo nun grao significativo:
1. Autoestima exaxerada ou grandiosidade.
 2. Diminución da necesidade de durmir.
 3. Máis falador do habitual ou verborreico.
 4. Fuga de ideas ou experiencia subxectiva de que o pensamento está acelerado.
 5. Distraibilidade (a atención desvíase facilmente fronte a estímulos externos banais ou irrelevantes).
 6. Aumento da actividade intencionada, xa sexa socialmente, no traballo ou nos estudos ou sexualmente; ou axitación psicomotora.
 7. Implicación excesiva en actividades pracenteiras que teñen un alto potencial para producir consecuencias graves (liarse en compras irrefreables, indiscrecións sexuais ou investimentos económicos aloucados).
- C** Os síntomas non cumpren os criterios para o episodio mixto.
- D** A alteración do estado de ánimo é o suficientemente grave como para provocar deterioración laboral ou das actividades sociais habituais ou

das relacións cos demais, ou para necesitar hospitalización co fin de prever os danos a un mesmo e aos demais ou hai síntomas psicóticos.

- E** Os síntomas non son debidos aos efectos fisiolóxicos directos dunha substancia nin a unha doenza médica.

3.3. Episodio mixto.

- A** Se cumpren os criterios tanto para un episodio maníaco, como para un episodio depresivo maior, excepto a duración case cada día durante polo menos un período dunha semana.

- B** A alteración do estado de ánimo é o suficientemente grave como para provocar unha importante deterioración laboral ou das actividades sociais habituais ou das relacións cos demais, ou para necesitar hospitalización co fin de prever os danos a un mesmo e aos demais ou hai síntomas psicóticos.

- C** Os síntomas non son debidos aos efectos fisiolóxicos directos dunha substancia nin a unha doenza médica.

3.4. Episodio hipomaníaco.

- A** Un período diferenciado durante o que o estado de ánimo é persistentemente elevado, expansivo ou irritable durante polo menos catro días e que é claramente diferente do estado de ánimo habitual.

- B** Durante o período de alteración do estado de ánimo, persistiron tres ou máis dos seguintes síntomas, catro se o estado de ánimo é só irritable, e houbo nun grao significativo:

1. Autoestima exaxerada ou grandiosidade.
2. Diminución da necesidade de durmir.
3. Máis falador do habitual ou verborreico.

4. Fuga de ideas ou experiencia subxectiva de que o pensamento está acelerado.
5. Distraibilidade.
6. Aumento da actividade intencionada ou axitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades pracenteiras que teñen un alto potencial para producir consecuencias graves, por exemplo, liarse en compras irrefreables, indiscrecións sexuais ou investimentos económicos aloucados.

C O episodio está asociado a un cambio inequívoco da actividade que non é característico da persoa cando está asintomático.

D A alteración do estado de ánimo e o cambio da actividade son observables polos demais.

E O episodio non é o suficientemente grave como para provocar unha deterioración laboral ou social importante ou para necesitar hospitalización, nin hai síntomas psicóticos.

F Os síntomas non son por causa dos efectos fisiolóxicos directos dunha substancia nin dunha doenza médica.

3.5. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.

A Presenza dun único episodio maníaco, sen episodios depresivos maiores anteriores

B O episodio maníaco non se explica mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non está superposto a unha esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.

Especificar

- Mixto: se os síntomas cumpren os criterios para un episodio mixto.
- Leve, moderado, grave sen síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.
- Con síntomas catatónicos.
- De inicio no período posparto.
- En remisión parcial, en remisión total.
- Con síntomas catatónicos.
- De inicio no posparto.

3.6. Trastorno bipolar I, episodio máis recente hipomaníaco.

- A** Actualmente ou máis recente está un episodio hipomaníaco.
 - B** Previamente se presentou cando menos un episodio maníaco ou un episodio mixto.
 - C** Os síntomas afectivos provocan un malestar clinicamente significativo ou unha deterioración social, laboral ou doutras áreas importantes da actividade do individuo.
 - D** Os episodios afectivos nos criterios A ou B non se explica mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.
- Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisdica).

- Con patrón estacional só é aplicable ao patrón dos episodios depresivos maiores.
- Con ciclos rápidos.

3.7. Trastorno bipolar I, episodio máis recente maníaco.

- A** Actualmente é o máis recente nun episodio maníaco.
 - B** Previamente presentouse cando menos un episodio depresivo maior, un episodio maníaco ou un episodio mixto.
 - C** Os episodios afectivos nos criterios A e B non se explican mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.
- Leve, moderado, grave sen síntomas psicóticos e grave con síntomas psicóticos.
 - Con síntomas catatónicas.
 - De inicio no posparto.
 - En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio no posparto.
 - Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisódica).
 - Con ciclos rápidos.

3.8. Trastorno bipolar I, episodio máis recente mixto.

- A** Actualmente, o máis recente, nun episodio mixto.
 - B** Previamente presentouse cando menos un episodio depresivo maior, un episodio maníaco ou un episodio mixto.
 - C** Os episodios afectivos nos criterios A e B non se explican mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio no posparto.
 - En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicas.
 - De inicio no posparto.
 - Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisódica).
 - Con ciclos rápidos.

3.9. Trastorno bipolar I, episodio máis recente depresivo.

- A** Actualmente, ou o máis recente, nun episodio depresivo maior.
- B** Previamente presentárase un episodio maníaco ou un episodio mixto.
- C** Os episodios afectivos nos criterios A e B non se explican mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a

unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.

- Leve, moderado, grave sen síntomas psicóticos e grave con síntomas psicóticos.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio no posparto.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio no posparto.
- Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisódica).
 - Con patrón estacional.
 - Con ciclos rápidos.

3.10. Trastorno bipolar I, episodio máis recente non especificado.

- A** Actualmente, ou no máis recente, cúmprense os criterios, excepto na duración, para un episodio maníaco, hipomaniaco, mixto ou episodio depresivo maior.
 - B** Previamente presentárase un episodio maníaco ou un episodio mixto.
 - C** Os síntomas afectivos provocan un malestar clinicamente significativo ou unha deterioración social, laboral ou doutras áreas que son importantes para a persoa.
 - D** Os episodios afectivos nos criterios A e B non se explican mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.
 - E** Os síntomas de A e B non son debidos ao consumo de substancias ou non son por doenzas médicas.
- Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisódica).
 - Con patrón estacional.
 - Con ciclos rápidos.

3.11. Trastorno bipolar II.

- A** Presenza ou historia dun ou máis episodios depresivos maiores.
- B** Presenza ou historia de polo menos un episodio hipomaniaco.
- C** Non houbo ningún episodio maníaco nin mixto.

- D** Os episodios afectivos nos criterios A e B non se explican mellor pola presenza dun trastorno esquizoafectivo e non están superpostos a unha esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante ou un trastorno psicótico non especificado.
- E** Os síntomas provocan un malestar clinicamente significativo ou unha deterioración social, laboral ou doutras áreas que son importantes para a persoa.
- F** Especificar o episodio máis recente: hipomaníaco ou depresivo.
- Leve, moderado, grave sen síntomas psicóticos e grave con síntomas psicóticos.
 - Crónico.
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio no posparto.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Crónico.
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos.
 - De inicio no posparto.
- Especificacións de curso lonxitudinal (con ou sen recuperación interepisódica).

- Con patrón estacional.
- Con ciclos rápidos.

Anexo 4. Escala autoaplicada de manía de Altman.

Aínda que o diagnóstico é especialmente clínico, hai un cuestionario como a escala autoaplicada de manía de Altman que a persoa cobre. Este cuestionario (*Alvarez Mas et al., 2005*) mostrou correlacións entre ,770 e ,747, con outros instrumentos. Cun punto de corte de 5 unha sensibilidade de 0,84 e unha especificidade de 89, aínda que o tamaño dos grupos empregados non era moi grande.

Nas heteroaplicadas, máis cerca da práctica clínica, están a de Young, a de Altman e a de Young (a máis usada no seu medio).

Pódense encontrar estas escalas en *Bobes et al. (2002)*.



Bibliografía

12

- 1 ALVAREZ MAS, P.; BENAVENT RODRÍGUEZ, P.; GARCÍA VALLS, J.M.; LIVIANOS ALDANA, L. & ROJO MORENO, I. (2005): Traducción y adaptación de la Altman Self-Rating mania Scale al ámbito español. *Psiquiatría Biológica*, 33(3), 180-187
- 2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002 Apr;159(4 Suppl):1-50. [Texto resumido NCG] PubMed]
- 3 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2003). *Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2003*. Barcelona: Ars Medica.
- 4 AMSTERDAM D, BWNWICK DI. Antidepressant monotherapy for bipolar type II majordepression. *Bipolar Disord* 2003;5(6):388 95.
- 5 BALDESSARINI, R.J. & TONDO, L. (2003) Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1517-1519.
- 6 BOBES, J et al (2002): Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica (2ª edición). Ars Médica. Madrid (España).
- 7 BOWDEN CL CALABRESEJR, MCELROY SL GYULAI L WASSEF A, PETTY F, et al. A randomized, placebo-controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):481 9.
- 8 BOWDEN CL CALABRESEJR, SACHS G, YATHAM LN, ASGHAR SA, HOMPLAND M, et al. A placebo-control led 1 8-month trial of lamotngine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):392-400.
- 9 BROWN ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):e05.
- 10 BURGESS 5, GEDDESJ, HAWTON K, TOWNSEND E,.
- 11 CALABRESE R, BOWDEN CL, SACHS G, YATHAM LN, BEHNKE K, MEHTONEN OP, et al. A placebo-controlled 1 8-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder.*J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1 013 24
- 12 CALABRESE, J., SHELTON, M.D., RAPPOR, D.L., et al. (2002) Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 18-22. Calabrese, J.R., Suppes, T., Bowden, C.L., et al. (2000) A double-blind, placebocontrolled, prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder. Lamictal 614 Study Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 841-850.
- 13 CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder : consensus and controversies. *Bipolar Disorders* 2005; 7(Suppl. 3): 5-69 [Texto completo]
- 14 CERECEDO, M.J. COMBARRO, J. MUÑIZ, S. RODRIGUEZ-ARIAS, J.L. (2006) Guía Clínica de Trastorno Bipolar en www.fisterra.com
- 15 CIPRIANI, A., PRETTY, H., HAWTON, K., et al. (2005) Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819.
- 16 COLOM F, VIETA E, MARTINEZ ARAN A, REINARES M, BENABARRE A, GASTO C. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *JClin Psychiatry* 2000;61 (8):549 55.
- 17 COLOM F, VIETA E, MARTINEZ ARAN A, REINARES M, GOIKOLEAJM, BENABAAE A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(4):402 7.

- 18 COLOM, F., VIETA, E., MARTINEZ-ARAN, A., et al. (2003a) A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- 19 COXHEAD N, SILVERSTONET, COOKSON J. Carbamazepine versus lithium in the prophylaxis of bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scand inavica*. 1 992;85(2):1 14 118.
- 20 DAVIS JM, JANICAK PG, HOGAN DM. Mood stabilizers in the prevention of recuaent affective disorders: a meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;1 00(6):406-41 7.
- 21 DENICOFFKD, SMITH JACKSON EE, DISNEY ER, ALISO, LEVERICHGS, POSTRM. Comparative prophylactic efficacy of lithium, carbamazepine, and the combination in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1 997;58(1 1):470-8.
- 22 DOMINIC H. LAM, PH.D., PETER HAYWARD, PH.D., EDWARD R. WATKINS et cols: "Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years", *Am J Psychiatry* 162:324-329, February 2005.
- 23 DUNNER, D.L., FLEISS, J.L. & FIEVE, R.R. (1976) Lithium carbonate prophylaxis failure. *British Journal of Psychiatry*, 129, 40-44.
- 24 EVIDENCE-BASED GUIDELINES FOR TREATING BIPOLAR DISORDER : RECOMMENDATIONS FROM THE BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY. *J PSYCHOPHARMACOL* 2003; 17(2):149-173 [PubMed] [Texto completo]
- 25 FAEDDA G L, TONDO L BALDESSARINI RJ, SUPPES T, et al. Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1 993;50(6):448-455.
- 26 FRANK E, (2005) Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. (eng: includes abstract). *Archives Of General Psychiatry [Arch Gen Psychiatry]*, Sep; Vol. 62 (9), pp. 996-1004.
- 27 FRANKENBURG 2002: Divalproex Sodium of Women with personality disorder and bipolar II disorder. A double-blind placebo controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63 (5), 442-446.
- 28 GEDDESJR, BURGESS 5, HAWTON K, JAMISON K, GOODWIN GM. Long term lithium therapyfor bipolar disorder systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *AmJ Psychiatry* 2004;1 61 (2):21 722.
- 29 GITLIN, M.J., SWENDSEN, J., HELLER, T.L., et al. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- 30 GOLDBERGJF, TWMAN CI. Antidepressant induced mania: an overview of cuent controversies. *Bipolar Disord* 2003;5(6):407 20.
- 31 GOLDSTEIN BI, HERRMANN N, SHULMAN KI. Comorbidity in bipolar disorder among the elderly: results from an epidemiological community sample. *Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):319-21.
- 32 GOODWIN, F.K. (1994) Recurrence of mania after lithium withdrawal. Implications for the use of lithium in the treatment of bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 149-152
- 33 GREIL W, KLEINDIENST N. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar II disorder and bipolar disorder not otherwise specified. *IntClin Psychopharmacol* 1999;14(5):283 5.
- 34 GREIL W, KLEINDIENST N. The comparative prophylactic efficacy of lithium and carbamazepine in patients with bipolar I disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1 999;14(5):277 81.
- 35 GREIL W, LUDWIG MAYERHOFERW, ERAZO N, SCHOECHLIN C, SCHMIDTS, ENGEL RR, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders: a randomised study. *Journal of Affective Disorders*. 1 997;43(2):1 511 61.

- 36 GREIL W, LUDWIG MAYERHOFER W, ERAZO N, SCHOECHLIN C, SCHMIDTS, ENGEL RR, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders: a randomized study. *Journal of Affective Disorders*. 1997;43(2):1 511 61.
- 37 GRUPO MBE GALICIA. ¿Cómo hacer una Revisión Clínica con fuentes MBE? [Internet]. A Coruña : Casitérides; 2007 [acceso 20/10/2007]. Disponible en : http://www.fistera.com/mbe/mbe_temas/revClinica/revClinica.asp
- 38 HAMMEN, C., GITLIN, M. & ALTSHULER, L. (2000) Predictors of work adjustment in bipolar I patients: a naturalistic longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 220–225.
- 39 HARTONG EG, MOLEMAN P, HOOGDUIN CA, BROEKMAN TG, NOLEN WA. Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment naïve bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(2):144 51.
- 40 HAYNES, R.B., MCDONALD, H., GARG, A.X. Y MONTAGUE, P. (2005). "Intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con las prescripciones de medicamentos" (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- 41 JENSEN HV, PLENGE P, MELLEWP ET, DAVIDSEN K, TOFTEGAARD L, AGGERNAES H, et al. Lithium prophylaxis of manic depressive disorder daily lithium dosing schedule versus every second day. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(1):69 74.
- 42 JOSEPH R. CALABRESE, M.D., MELVIN D. SHELTON et cols : "A 20-Month, Double-Blind, Maintenance Trial of Lithium Versus Divalproex in Rapid-Cycling Bipolar Disorder" *Am J Psychiatry* 162:2152-2161, November 2005
- 43 KELLER MB, LAVORI PW, KANEJM, GELENBERG AJ, ROSENBAUMJF, WALZER EA, et al. Subsyndromal symptoms in bipolar disorder A comparison of standard and low serum levels of lithium. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(5):371 6.
- 44 KETTER TA HOUSTON JP, y cols (2006): Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients with bipolar disorder based on number of previous manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatry*, 67, 95-101.
- 45 KLEINDIENST N, GREIL W. Inter episodic morbidity and drop out under carbamazepine and lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychol Med* 2002;32(3):493 501.
- 46 KOWATCH RA, YOUNGSTROM EA, DANIELYAN A, FINDLING RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005 Dec;7(6):483-96.
- 47 LAM DH, WATKINS ER, HAYWARD P, BRIGHTI, WRIGHT K, KEA N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):1 45 52.
- 48 LAM, D.H., BRIGHT, J., JONES, S., et al. (2000) Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 503–520.
- 49 LIEBERMAN, J. A., STROUP, T.S., MCEVOY, J.P., et al. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1223.
- 50 LUSZNAZ RM, MUTPHY DP, NUNN CM. Carbamazepine vs lithium in the treatment and prophylaxis of mania [comment]. *British Journal of Psychiatry*. 1988;153:198 204.
- 51 MACKIN, P. & YOUNG, A.H. (2005) Bipolar disorders. In *Core Psychiatry* (eds P. Wright, J. Stern, M. Phelan). Edinburgh: Elsevier Saunders
- 52 MACRITCHIE K, GEDDES JR, SCOTT J, HASLAM D, DE LIMA M, GOODWIN G: Valproato para los episodios agudos del estado de ánimo del trastorno bipolar. *Biblioteca Cochrane Plus*, nº 3, 2006

- 53 MACRITCHIE, K., GEDDES, J.R., SCOTT, J., HASLAM, D., DE LIMA, M. Y GOODWIN, G. (2005). "Valproato para los episodios agudos del estado de ánimo del trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida)". *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 54 MANDER AJ, LOUDON JB. Rapid recurrence of mania following abrupt discontinuation of lithium. *Lancet*. 1 988;2(8601):15 7.
- 55 MCCLELLAN J, KOWATCH R, FINDLING RL. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jan;46(1):107-25.
- 56 MIKLOWITZ DI, SIMONEAU IL GEORGE EL, RICHARDSJA, KALBAGA, SACHS-ERIC.SSON N, et al.: Family focused treatment of ipolardi-order: 1 Yeareffects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):582 592.
- 57 MIKLOWITZ DJ, GEORGE EL, RICHARDS JA, SIMONEAU TL, SUDDATH RL. A randomized studyof family focused psychoeducation and phamiacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(9):904-1 2.
- 58 MILEV R, ABRAHAM G, ZAHEER J. Add-on quetiapine for bipolar depression: a 12-month open-label trial. *Can J Psychiatry*. 2006 Jul;51(8):523-30.
- 59 MORSELLI, P.L., ELGIE, R. & GAMIAN-EUROPE (2003) GAMIAN-Europe/BEAM survey I: global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorder*, 5, 265–278.
- 60 NICE: Bipolar Disorder: The management of Bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (Full guideline). DRAFT of second consultation, February 2006.
- 61 NICE: (Clinical Guideline 38) Bipolar Disorder. (The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care). July, 2006-11-22 [Internet]. NICE: July 2006 [acceso 20/10/2007]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG38>
- 62 OKUMAT, YAMASHITA I, TAKAHASHI R, ITOH H, et al. Comparison of the antimanic efficacy of carbamazepine and lithium carbonate by double-blind controlled study. *Pharmacopsychiatry*. 1990;23(3):143 150.
- 63 OSBY, U., BRANDT, L., CORREIA, N., et al. (2001) Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, 58, 844–850.
- 64 PAE CU, KIM TS, KIM JJ, LEE SJ, LEE CU, LEE C, PAIK IH. Long-term treatment of adjunctive quetiapine for bipolar mania. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005 Jun;29(5):763-6.
- 65 PERRY A (1999), TARRIER N, MORRISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment ; *BMJ* ;31 8(71 77):1 49 53.
- 66 PLACIDI GF, LENZI A, LAZZERINI F, CASSANO GB, AKISKAL HS. The comparative efficacy and safety of carbamazepine versus lithium: a randomized, double- blind 3 year trial in 83 patients. *J Clin Psychiatry* 1 986;47(1 0):490-4.
- 67 Post RM, Kowatch RA. The health care crisis of childhood-onset bipolar illness: some recommendations for its amelioration. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jan;67(1):115-25.
- 68 PRIEN, R.F. & POTTER, W.Z. (1990) NIMH workshop report on treatment of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 409–427.
- 69 REA MM, TOMPSON MC, MIKLOWITZ DI, GOLDSTEIN MJ, HWANG 5, MINTZJ. Family focused treatmentversus individual treatment for bipolar disorder results of a randomized clinical trial. *J Consult & Cl in Psychol* 2003;71 (3):482 92.

- 70 RENDELL JM, GIJSMAN HJ, BAUER MS, GOODWIN GM, GEDDES JR: *Risperidona sola o combinada para la manía aguda*. Biblioteca Cochrane Plus, 2006, nº 3
- 71 SCOTT J, GARLAND A, MOORHEAD S. A pilot-study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 2001 ;31 (3):459-467.
- 72 SCOTT J, POPE M.: Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Cl in Psychiatry* 2002;63(5):384-90.
- 73 SCOTT JAN 2006: "Cognitive Behavioural Therapy for Severe and Recurrent Bipolar Disorders". *British J of Psychiatry*, 2006, 188, 313-320.
- 74 SIGN: Bipolar Affective Disorder. A National clinical Guideline. May, 2005.

(SIGN): 2005 May, 41 p. (SIGN publication: no. 82). [acceso 20/10/2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf> [Resumen NGC]
- 75 SIMONEAULT, MIKLOWITZ DI, RICHARDSJA, SALEEM R, GEORGE EL: Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *J Abnorm Psychology* 1999;108(4):588-97.
- 76 SUPPES T, BALDESSARINI RI, FAEDDA GL, TOHEN M. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1082-1088.
- 77 TOHEN et al.: "Randomized, placebo-controlled trial of Olanzapine as Maintenance Therapy in Patients with Bipolar I Disorder Responding to acute Treatment with Olanzapine", *Am J Psychiatry*, 2006, 163, 247-256.
- 78 TOHEN et al: Olanzapine Versus Lithium in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder: : A 12-Month, Randomized, Double-Blind, Controlled Clinical Trial — *Am J Psychiatry* ; 162 (7) 1281; July 2005.
- 79 VASUDEV K, MACRITCHIE K, GEDDES J, WATSON S AND YOUNG A: *Topiramato para el tratamiento de los episodios afectivos agudos del trastorno bipolar*. Biblioteca Cochrane Plus, 2006, nº 3
- 80 VISSER HM, VAN DENMAST RC, BLOM A. Bipolar disorder, antidepressants and induction of (hypo)mania: a systematic review. *Tijdschrift voon Psych iatrie* 2002;44(9):599-608.
- 81 ZAJECKA, J., WEISLER, R. & SACHS, G. (2002) A comparison of the efficacy, safety, and tolerability of divalproex sodium and olanzapine in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1148-1155.

Recomendaciones clínicas en el trastorno bipolar



Presentación

Los trastornos bipolares, aunque son detectados con dificultad, representan una prevalencia de un 1% en la población general. Además, se trata de un trastorno, en la mayor parte de los casos, crónico que genera sufrimiento, incapacidad y una carga para nuestras familias y nuestra sociedad. Estas consecuencias son en parte evitables si somos quienes a garantizar un diagnóstico precoz y un tratamiento lo más eficaz posible.

Con estas recomendaciones clínicas sobre los trastornos bipolares, se pone al alcance de los profesionales de la salud una importante herramienta de trabajo para tratar la problemática de estos trastornos, tanto en la atención primaria como en la especializada, incrementando los conocimientos que poco a poco conforman una práctica asistencial basada en la evidencia, facilitando una mejoría en la calidad del tratamiento del trastorno bipolar, así como una reducción en la variabilidad clínica. Esto último es una garantía de la equidad en la asistencia y le otorga al mismo problema de salud la solución más adecuada, siendo un derecho de nuestros ciudadanos.

Este conjunto de recomendaciones es el resultado del esfuerzo de profesionales que colaboran en el Grupo de trabajo de guías clínicas, grupo promovido por la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencias, y que durante año y medio estuvieron recogiendo y dando forma a la información sobre las distintas guías clínicas existentes con suficiente calidad y reuniendo las novedades que fueron surgiendo en la literatura científica.

La Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud quieren expresar el deseo de que esta información sea utilizada ampliamente por nuestros profesionales, a los cuales alienta a participar en el desarrollo de una medicina basada en la evidencia que mejore nuestra sanidad y con ella la salud de los gallegos y gallegas.

M^a José Rubio Vidal

Conselleira de Sanidade

1	Introducción	143
1.1.	Justificación	145
1.2.	Objetivo	146
1.3.	Alcance	146
1.4.	Grupo de trabajo	147
1.5.	Metodología	148
2	Diagnóstico del trastorno bipolar. Criterios CIE.10	151
2.1.	F30.0 Episodio hipomaniaco	155
2.2.	F30.1 Manía sin síntomas psicóticos	156
2.3.	F30.20/.21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con estado de ánimo	157
2.4.	F32 Episodio depresivo	158
2.5.	F32.00/.01 Episodio depresivo leve sin/con síndrome somática	159
2.6.	F32.10/.11 Episodio depresivo moderado sen/con síndrome somático	160
2.7.	F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	160
2.8.	F32.30/.31 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	160
2.9.	F38.00 Episodio de trastorno del humor mixto	161
2.10.	F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco	162
2.11.	F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos	162
2.12.	F31.20/.21 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	162

2.13.	F31.30/.31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado sin/con síndrome somático	162
2.14.	F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	163
2.15.	F31.50/.51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	163
2.16.	F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto	163
2.17.	F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión	164
2.18.	F31.8 Otros trastornos bipolares	164
2.19.	F31.9 Trastorno bipolar sin especificación	164
3	¿Cuales son las diferencias entre los dos sistemas, DSM IV-TR y CIE 10?	165
3.1.	Episodio hipomaniaco.	167
3.2.	Manía sin/con síntomas psicóticos.	167
3.3.	Episodio depresivo.	167
4	Detección y valoración del trastorno bipolar	171
5	Pronóstico	177
6	Cuidados físicos de los pacientes con trastorno bipolar	181
6.1.	Valoración física inicial	183
6.2.	Revisión anual	183
7	Episodio agudo.	185
7.1.	Manejo de los síntomas depresivos en los episodios agudos	187
7.1.1.	Pacientes con trastorno bipolar y sin tratamiento antimaniaco, que presentan un síndrome depresiva	187
7.1.2.	Pacientes con trastorno bipolar y tratamiento antimaniaco ya instaurado, que presentan un síndrome depresivo	188

7.1.3.	Control del riesgo del tratamiento antidepresivo . . .	189
7.1.3.1	Finalización del tratamiento antidepresivo después de un episodio depresivo agudo . . .	190
7.1.3.2	Tratamientos no recomendados para uso rutineiro	190
7.1.4	Tratamiento de los síntomas resistentes y psicóticos de un episodio depresivo	191
7.1.4.1	Respuesta incompleta al tratamiento del episodio agudo depresivo	191
7.1.4.2	Concurrencia de síntomas depresivos y psicóticos	191
7.1.4.3	Síntomas depresivos persistentes	192
7.1.4.4	Intervenciones adicionales	192
7.1.5	Después de un episodio depresivo agudo	192
7.1.5.1	Tratamiento para los síntomas depresivos crónicos y recurrentes	192
7.1.6	Control de los episodios agudos mixtos	193
7.2.	Manía; hipomanía; fase mixta	193
7.2.1.	Indicaciones generales	193
7.2.2.	Tratamiento farmacológico en la manía aguda para pacientes que no están tomando medicación antimaniaca	194
7.2.3.	Tratamiento farmacológico de la manía aguda en pacientes que están tomando medicación antimaniaca	195
7.2.4.	Tratamiento farmacológico de los episodios mixtos agudos	196
7.2.5.	Tratamiento farmacológico del episodio maniaco agudo en pacientes cicladores rápidos	196

7.2.6. Tratamiento electroconvulsivo en episodios
maniacos (TEC)197

7.2.7. Manejo clínico de las alteraciones agudas
del comportamiento198

8 Tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar201

8.1. Bipolar I : tratamiento de mantenimiento:203

8.1.1. Tratamiento farmacológico:203

8.1.2. Interrupción del tratamiento205

8.1.3. Intervenciones psicosociales206

8.2. Bipolar II: tratamiento de mantenimiento207

8.2.1. Tratamiento farmacológico207

8.3. Tratamiento de mantenimiento en cicladores rápidos208

8.4. Medidas para incrementar la adherencia al tratamiento ...208

8.5. ¿Hay medidas útiles en cuanto a rehabilitación?209

8.6. Recomendaciones en el tratamiento farmacológico a largo
plazo del trastorno bipolar209

8.6.1. Principios generales209

8.6.2. Uso de antipsicóticos en el tratamiento a largo plazo 210

8.6.3. Recomendaciones del uso del resto de los fármacos 211

8.6.4. Síntomas depresivos212

8.6.5. Tratamiento de la ciclación rápida a largo plazo ..213

8.7. Recomendaciones en el tratamiento psicológico a largo plazo 213

9 SITUACIONES ESPECIALES215

9.1. Comorbilidad217

9.2. Ancianos217

9.3.	Principios generales del tratamiento de mujeres: embarazo y lactación	218
9.3.1.	Mujeres durante la gestación	219
9.3.2.	Mujeres con embarazos no planificados	220
9.3.3.	Mujer embarazada con manía aguda	221
9.3.4.	Mujer embarazada con síntomas depresivos:	222
9.3.5.	Cuidados en el período neonatal	223
9.3.6.	Lactancia	223
9.3.7.	Cuidados del niño	224
9.4.	Infancia y adolescencia	225
9.4.1.	Niños y adolescentes con trastorno bipolar:	225
9.4.2.	Consideraciones especiales.	226
9.4.3.	Diagnóstico de trastorno bipolar I en niños y adolescentes	227
9.4.4.	Trastorno bipolar II en niños y adolescentes	227
9.4.5.	Diagnóstico diferencial en niños y adolescentes	228
9.4.6.	Niños y adolescentes con dificultades para el aprendizaje:	228
9.4.7.	Niños y adolescentes con síntomas sub-umbrales de trastorno bipolar:	229
9.4.8.	Métodos de evaluación para niños y adolescentes	229
9.4.9.	Tratamiento farmacológico de la manía aguda en niños y adolescentes	229
9.4.10.	Fármacos y psicoterapias para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes	230
9.4.11.	Tratamiento a largo plazo de niños y adolescentes	231
9.4.12.	Servicios hospitalarios para niños y adolescentes	231
10	TABLAS	233

11	Anexos	241
	Anexo 1. Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	243
	Anexo 2. Alucinaciones o ideas delirantes que no cumplen criterios de esquizofrenia	243
	Anexo 3. Criterios DSM IV-TR	244
	3.1. Episodio depresivo	244
	3.2. Episodio maníaco	246
	3.3. Episodio mixto	247
	3.4. Episodio hipomaníaco	247
	3.5. Trastorno bipolar I, episodio maníaco único ..	248
	3.6. Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco	249
	3.7. Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco	250
	3.8. Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto	251
	3.9. Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo	251
	3.10. Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado	253
	3.11. Trastorno bipolar II	253
	Anexo 4. Escala autoaplicada de manía de Altman	255
12	BIBLIOGRAFÍA	257



Introducción

1

1.1. Justificación.

Como cuadro clínico, el trastorno bipolar (TB) presenta no pocos retos para los profesionales sanitarios y no escasas dificultades. Con una prevalencia que podemos considerar relevante, que para el denominado trastorno bipolar tipo I oscila entre el 0,4% y el 1,6% de la población y que para el trastorno bipolar tipo II es del 0,5% (APA, 2003), no se refleja en un conocimiento específico por parte de los clínicos. El propio diagnóstico es complejo, y con frecuencia no forma parte de las hipótesis que el profesional maneja cuando atiende a un paciente. Esto se traduce en no pocos retrasos diagnósticos que afectan a la calidad de vida de la persona.

Así mismo su manejo terapéutico nos presenta la necesidad de atender a las necesidades de las personas y de su entorno. Los objetivos de las intervenciones terapéuticas, son permitir un control sintomático adecuado y una normalización de su vida. Esto, además de su curso frecuentemente crónico, incidiría en la necesidad de que los profesionales realizaran las intervenciones más eficaces y lo más pronto posible, evitando retrasos y la aplicación de tratamientos innecesarios.

A esto, añadir que no son raros los problemas relacionados con la comorbilidad, tanto en el ámbito psíquico como físico. La presencia de otros trastornos mentales (consumo de tóxicos, trastornos de personalidad) como de dolencias físicas deben ser consideradas como elementos susceptibles de atención e intervención. No hacerlo sólo puede repercutir negativamente en el paciente.

Por último sensibilizarnos ante el deterioro que con frecuencia sufren estos pacientes a lo largo de su evolución. Medio familiar y social, estudios o trabajo o la propia evolución como persona se ven afectados tanto directa como indirectamente por la evolución del trastorno. Esto no sólo es percibido por los miembros de su entorno, ya que también el propio paciente es consciente de ello: aquí el riesgo de suicidio surge con cifras preocupantes

que alcanzan las cifras de 1 suicidio consumado por 6 pacientes varones, y más de 1 por 5 mujeres.

1.2. Objetivo.

Los objetivos de la presente guía son:

- Sensibilizar a los profesionales sobre la presencia del trastorno bipolar y su problemática asociada.
- Incrementar las habilidades de los profesionales sanitarios en la detección y diagnóstico del trastorno bipolar.
- Disminuir la variabilidad en el manejo de los síntomas presentes en los pacientes con trastorno bipolar.
- Mejorar la atención terapéutica, seguimiento y rehabilitación en los pacientes con trastorno bipolar por parte de los profesionales implicados.

1.3. Alcance.

Incluye:

- El uso de herramientas diagnósticas y consideraciones sobre la detección y abordaje precoz del trastorno.
- Los diferentes abordajes terapéuticos que demostraron su eficacia en este trastorno.
- Indicaciones para los diferentes grupos de edad (niños y adolescentes y ancianos) y otras situaciones especiales (embarazo y comorbilidad).

No incluye:

- El tratamiento de episodios o trastornos depresivos que no forman parte de un trastorno bipolar.

- Elementos susceptibles de ser desarrollados por los Servicios Sociales de las diferentes instituciones públicas (por ejemplo Ayuntamientos).

Destinatarios:

- Los destinatarios de esta Guía son los profesionales sanitarios de la Red Pública de Galicia tanto de los dispositivos de Atención Primaria como de Atención Especializada.
- Sus recomendaciones pueden ser aplicadas en contextos igualmente privados.

1.4. Grupo de Trabajo.

Para la composición del grupo de trabajo se buscó una representación de las diferentes profesiones implicadas (medicina de familia y comunitaria, psiquiatría y psicología clínica) y de los distintos niveles involucrados (atención primaria y especializada).

Los componentes del grupo son:

- Alberdi Sudupe, Jesús (médico psiquiatra)
- Combarro Mato, Jesús (médico de familia y comunitaria)
- Castro Bouzas, Manuel (psicólogo clínico)
- Castro Dono, Carlos (médico psiquiatra)
- Ferrer Gómez del Valle, Ernesto (médico psiquiatra)
- Louro Gonzalez, Arturo (médico de familia y comunitaria)

1.5. Metodología.

La búsqueda de material la hemos realizado utilizando la metodología propuesta por Fisterra⁽¹⁾ para revisiones clínicas con fuentes de Medicina Basada en Evidencias⁽²⁾

Para la localización de Guías de Práctica Clínica, hemos revisado las bases de datos de la National Guidelines Clearinghouse (NGC), Infobase-CMA y la National Library of Guidelines (NeLH) con el descriptor “Bipolar Disorder” [MeSH], y GuíaSalud con el término “Trastorno bipolar”.

Sitio	Recuperados (nº)	Seleccionados (número cita)
NGC	20	2,3
NeLH Guidelines	6	3,5
CMA Infobase	1	6
GuíaSalud	0	—

Hemos completado la búsqueda con la revisión del estudio “Evaluación de guías de práctica clínica sobre trastorno bipolar mediante el instrumento AGREE. (Actualización IB2005/02)”, que ha llevado a cabo la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t) (no publicado); en el que se destacan como muy recomendadas las guías de práctica clínica elaboradas por SIGN (SIGN, 2005) y por NICE (NICE, 2006). Por tal motivo, estas dos guías han sido los documentos utilizados de forma preferente en nuestro trabajo.

La localización de Revisiones Sistemáticas, se ha llevado a cabo en la base de datos Medline/PubMed y en la Biblioteca Cochrane Plus.

¹ Web médica dedicada especialmente a profesionales de atención primaria, orientadas a la consulta y a la formación. (www.fisterra.com)

¹ No comercializado en España.

La estrategia utilizada en Medline ha sido: "Bipolar Disorder"[All Fields] AND systematic[sb] AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND "2004/09/30 02.45"[PDAT] : "2006/09/30 02.45"[PDAT] con la que hemos podido localizar 30 referencias.

Esta búsqueda se ha completado con la localización de ensayos clínicos, con la siguiente estrategia: "Bipolar Disorder"[All Fields] AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms] AND "2004/09/30 02.57"[PDAT] : "2006/09/30 02.57"[PDAT]. Mediante la misma hemos encontrado 111 referencias.

La consulta de la Biblioteca Cochrane Plus la hemos realizado utilizando el descriptor "Bipolar Disorder"[MeSH y hemos conseguido recuperar 10 revisiones sistemáticas de las que al final hemos seleccionado 2.

No hemos realizado una evaluación de los documentos encontrados; su utilización para la elaboración de la guía ha sido en todo momento abierta sin ningún tipo de ordenación ni sistemática.



Diagnóstico del trastorno
bipolar. Criterios CIE.10.

2

2. Diagnóstico del trastorno bipolar. Criterios CIE.10.

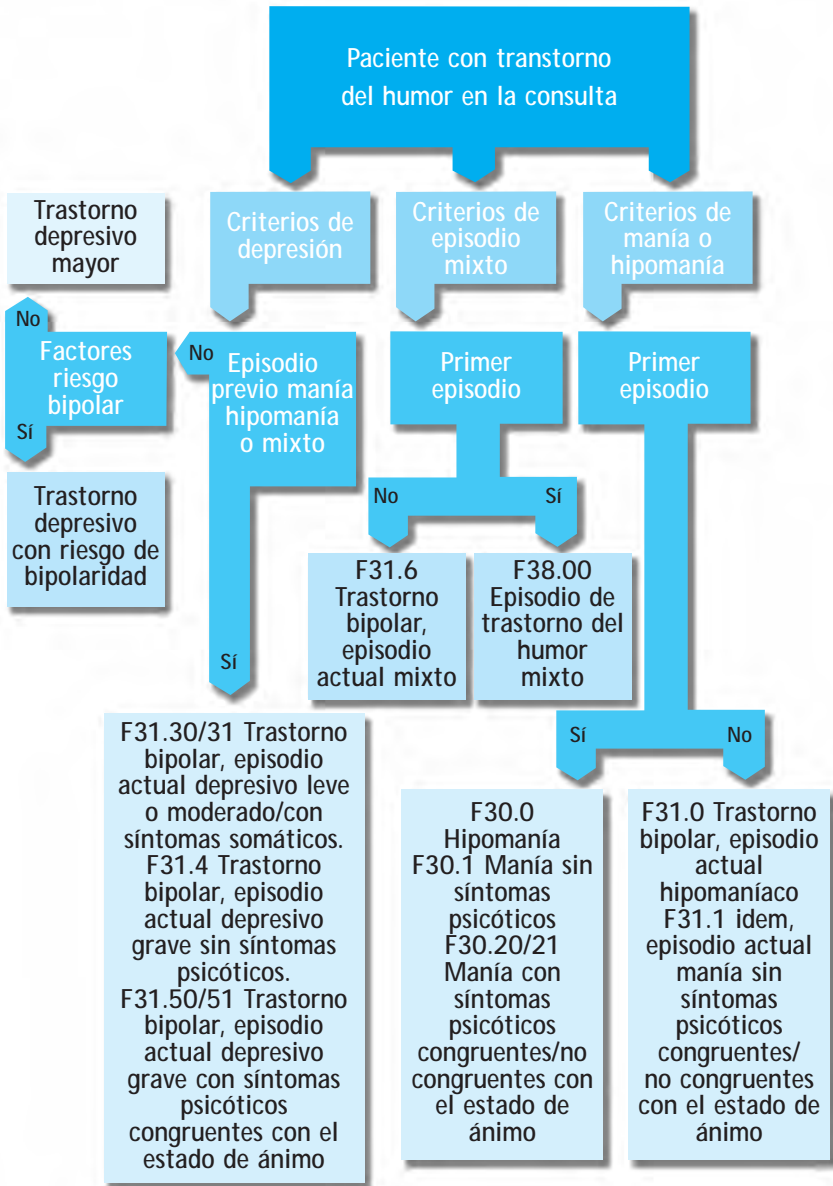
El diagnóstico del TB es un tema complejo por la propia naturaleza cambiante del cuadro. Esto puede dificultar la valoración en un episodio y persona concretos, retrasando su detección.

Actualmente los sistemas diagnósticos más empleados son el DSM IV TR y el CIE-10. Ambos se declaran ateóricos, (para poder ser empleados por diferentes profesionales y orientaciones teóricas); y criteriosales. Si bien hay algunas diferencias entre los dos, en general podemos decir que describen cuadros muy semejantes y que por lo tanto tienen un alto grado de compatibilidad.

Ambos sistemas diagnósticos siguen el mismo patrón: definen por separado los episodios de tipo depresivo, hipomaniaco, maniaco y mixtos. A continuación definen diferentes etiquetas diagnósticas dependiendo del carácter del episodio que presenta, de su intensidad y de otras variables que hacen referencia a los episodios previos y el patrón de cambio. No obstante hay una diferencia importante. Según el CIE-10 es posible diagnosticar hipomanía, manía o episodio mixto por separado, como diagnósticos con entidad propia. El diagnóstico según el DSM IV-TR sería desde el comienzo, el de trastorno bipolar.

Algoritmo diagnóstico.

Se indican a continuación los criterios para denominar los episodios de los que puede constar un trastorno bipolar.



2.1. F30.0 Episodio hipomaníaco.

Debe cumplir los siguientes criterios

- A** Humor exaltado o irritable de intensidad claramente anormal en la persona que lo muestra y que persiste cuando menos durante 4 días seguidos.
- B** Por lo menos se deben presentar 3 de los siguientes síntomas. Los mismos deben interferir con la actividad social o laboral habitual, pero no tanto como para producir una interferencia grave con el trabajo o rechazo social.
 - a. Aumento de actividad o inquietud psicomotriz.
 - b. Aumento de la locuacidad.
 - c. Dificultad en la concentración o facilidad para distraerse.
 - d. Disminución de las necesidades de sueño.
 - e. Incremento del vigor o apetito sexual.
 - f. Pequeños estragos en compras u otro tipo de comportamientos irresponsables o imprudentes en el campo económico.
 - g. Incremento de la sociabilidad o pérdida en las distancias sociales.
- C** El cuadro no cumple los criterios de manía, TB, episodio depresivo, ciclotimia o anorexia nerviosa.
- D** El criterio de exclusión más común es que el cuadro no puede estar relacionado causalmente con sustancias o con algún trastorno mental orgánico.

2.2. F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.

Debe cumplir los siguientes criterios.

- A** Humor marcadamente exaltado, expansivo, irritable o suspicaz de intensidad claramente anormal en la persona que lo muestra. Este cambio en el humor debe ser muy claro y persiste cuando menos durante una semana (o ser lo suficientemente intenso como para requerir ingreso hospitalario) aunque puede alternar o mezclarse con humor depresivo.
- B** Por lo menos se deben presentar 3 de los siguientes síntomas, o 4 si el humor es sencillamente irritable o suspicaz. La capacidad laboral y la actividad social se ven gravemente alterados.
 - a. Aumento de la actividad o inquietud psicomotriz.
 - b. Aumento marcado de la locuacidad (logorrea).
 - c. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado.
 - d. Pérdida de las inhibiciones sociales normales, lo que provoca conductas inadecuadas de acuerdo con el contexto social y el carácter de la persona.
 - e. Disminución de las necesidades del sueño.
 - f. Incremento exagerado de la estima de si mismo o ideas de grandeza.
 - g. Facilidad para distraerse o cambio constante de actividad o planes.
 - h. Conductas temerarias o imprudentes, que implican riesgos no reconocidos como tales por el individuo. Por ejemplo: grandes gastos por compras injustificables, proyectos insensatos o conducción temeraria.
 - i. Aumento marcado del vigor o apetito sexual o indiscreciones sexuales.
- C** Ausencia de alucinaciones o ideas delirantes, aunque se pueden presentar algunas alteraciones perceptivas (como hiperestesia auditiva o apreciar los colores como muy vivos)

- D** El criterio de exclusión más común es que el cuadro no puede estar relacionado causalmente con sustancias o con algún trastorno mental orgánico.

2.3. F30.20/21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo.

- A** El episodio cumple los criterios de Manía sin síntomas psicóticos (F30.1) excepto el criterio C.
- B** Están presentes ideas delirantes o alucinaciones, pero distintas de las listadas como típicamente esquizofrénicas: verbigracia ideas delirantes que no sean completamente imposibles o las no aceptadas como no apropiadas a la cultura de la persona y alucinaciones que no sean en tercera persona o que comenten la propia actividad. Las más frecuentes tienen contenidos de grandeza, autorreferenciales, eróticos o persecutorios. El episodio no cumple los criterios de Esquizofrenia (F20) o Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco (F25.20) (Anexo 1)
- C** Están presentes ideas delirantes o alucinaciones pero que no llegan a cumplir los criterios de Esquizofrenia (F20) de G1 a, b, c o d; o G2. (Anexo 2)
- D** El criterio de exclusión más frecuentemente, es que el cuadro no puede ser atribuido causalmente al consumo de sustancias o a algún trastorno mental orgánico.

Los síntomas psicóticos pueden ser congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo voces diciéndole que tiene poderes sobrehumanos o ideas de grandeza) o no congruentes con el estado de ánimo (ideas delirantes de referencia o de celos, o temas afectivamente neutros).

2.4. F32 Episodio depresivo (Criterios generales) (CIE-10).

- G1 El episodio depresivo debe durar por lo menos dos semanas.
- G2 En ningún momento, durante la vida de la persona tuvo síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes como para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco.
- G3 Los criterios de exclusión más frecuentemente usados : El episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a cualquier trastorno mental orgánico (en el sentido de F00 e F09).

Dentro de los episodios depresivos es posible especificar un *Síndrome somático*: Algunos síntomas depresivos están ampliamente relacionados con una significación clínica especial (términos como biológicos, vitales, somáticos o endogenomórfico son empleados para este síndrome en otras clasificaciones). Se emplea un quinto carácter (como se indica en F31.3, F32.0, F32.1, F33.0 e F33.1) para especificar la presencia o ausencia de este síndrome somático. Para cualificar la presencia de por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- A Clara pérdida de interés o placer en actividades que son normalmente placenteras.
- B Falta de reacciones emocionales para sucesos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- C Despertar a la mañana dos horas antes o más, de la hora habitual.
- D La depresión empeora en la mañana.
- E Evidencia objetiva de claro retardo psicomotriz o agitación (marcada o informada por otras personas).
- F Clara pérdida de apetito.

- G** Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)
- H** Clara pérdida de libido.

2.5. F32.00/.01 Episodio Depresivo Leve sin/con síndrome somático.

- A** Se deben reunir los criterios generales para episodio depresivo.
- B** Por lo menos dos de los siguientes tres síntomas tienen que estar presentes:
 - a. Humor depresivo en un grado que es claramente anormal para la persona, presente la mayor parte del día y casi todos los días, que de modo muy claro no se ve influenciado por las circunstancias, y que se mantiene cuando menos dos semanas.
 - b. Pérdida de interés o placer en actividades que son habitualmente placenteras.
 - c. Energía disminuida o incremento de la fatigabilidad.
- C** Un síntoma, o síntomas, más de la siguiente lista deberá estar presente, para dar un total de menos cuatro:
 - a. Pérdida de confianza y auto-estima.
 - b. Sentimientos no razonables de auto-reproche o una culpa excesiva e inapropiada.
 - c. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidas, o cualquier conducta suicida.
 - d. Quejas o evidencia de una habilidad disminuida para pensar o concentrarse, tal y como indecisión o vacilación.
 - e. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o retardo (tanto subjetivo u objetivo).
 - f. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

- g. Cambios en el apetito (incremento o decremento) con el correspondiente cambio en el peso.

Así mismo de lo dicho en el quinto dígito se debe diagnosticar la presencia o ausencia del síndrome somático.

2.6. F32.10/.11 Episodio depresivo moderado sin/con síndrome somático.

- A** Se deben cumplir los criterios generales para episodio depresivo.
- B** Presencia de menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0
- C** Síntomas adicionales del criterio C hasta completar un total de 6.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia del síndrome somático comentado anteriormente.

2.7. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

- A** Se deben cumplir los criterios generales para episodio depresivo.
- B** Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0
- C** Síntomas adicionales del criterio C hasta completar un total de 8.
- D** Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

2.8. F32.30/.31 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo.

- A** Se deben cumplir los criterios generales para episodio depresivo.
- B** Se cumplen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) excepto el criterio D.

- C** No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, moderado o grave.
- D** Están presentes cuando menos uno de los siguientes:
 - a. Alucinaciones o ideas delirantes que no cumplen los criterios de ninguno de los grupos G1 o G2 de Esquizofrenia (F20).(Anexo2)
 - b. Estupor depresivo.

Se debe especificar si los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo serían la presencia de ideas delirantes de culpa, de nihilismo, hipocondríacas, de ruina, catastróficas, alucinaciones auditivas ultrajantes o condenatorias) o no (ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin contenido afectivo).

2.9. F38.00 Episodio de trastorno del humor mixto.

- A** El episodio actual se caracteriza por una mezcla o por una alternancia rápida (en horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos y depresivos.
- B** Tanto los síntomas maniacos como los depresivos deben ser destacados la mayor parte del tiempo durante un período de cuando menos 2 semanas.
- C** No existen episodios previos hipomaniacos, depresivos o mixtos.

Una vez realizadas estas descripciones el CIE-10 combina los distintos episodios para realizar los diferentes diagnósticos de trastorno bipolar. Recordar que los otros episodios son trastornos de por sí, y sólo cuando se combinan con otros episodios diferentes, o se repiten, aparecen los trastornos bipolares.

2.10. F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.

- A** El episodio actual cumple los criterios de hipomanía.
- B** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, episodio depresivo o episodio de trastorno del humor mixto.

2.11. F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.

- A** El episodio actual cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos.
- B** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, episodio depresivo o episodio de trastorno del humor mixto.

2.12. F31.20/.21 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo.

- A** El episodio actual cumple los criterios de manía con síntomas psicóticos.
- B** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, episodio depresivo o episodio de trastorno del humor mixto.

2.13. F31.30/.31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado sin/con síndrome somático.

- A** El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo leve o episodio depresivo moderado.
- B** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, o episodio de trastorno del humor mixto.

2.14. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

- A** El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- B** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, episodio de trastorno del humor mixto.

2.15. F31.50/.51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo.

- A** El episodio actual cumple los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno del humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, o episodio de trastorno del humor mixto.

2.16. F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

- A** El episodio actual se caracteriza por una mezcla o por una alternancia rápida (en horas) de síntomas hipomaniacos, maniacos y depresivos.
- B** Tanto los síntomas maniacos como los depresivos deben destacar la mayor parte del tiempo durante un período de cuando menos dos semanas.
- C** Existió en el pasado cuando menos otro episodio de trastorno de humor y que satisfacía los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, episodio depresivo o episodio de trastorno del humor mixto.

2.17. F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

- A** Los síntomas presentes no cumplen los criterios de episodio depresivo o maníaco de ningún tipo de gravedad, ni los de ningún otro trastorno del humor (posiblemente por causa de un tratamiento para reducir el riesgo de futuras recaídas).
- B** Estuvo presente, cuando menos, sin duda, un episodio maníaco o hipomaníaco.

2.18. F31.8 Otros trastornos bipolares.

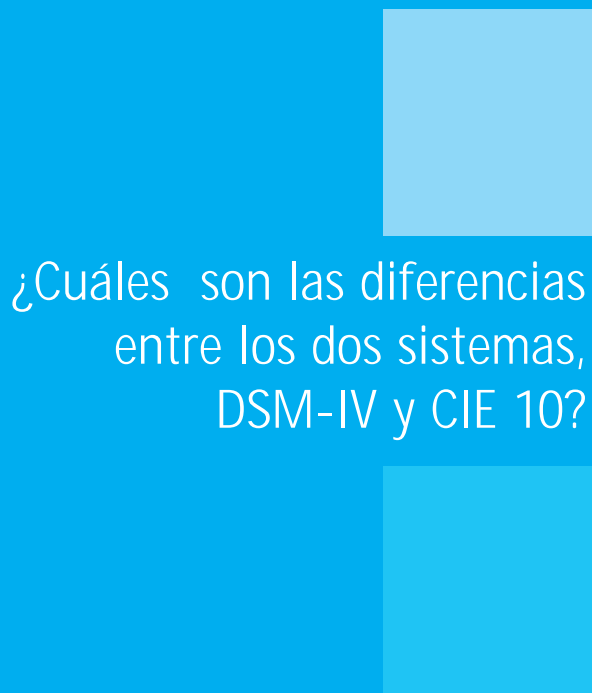
No hay criterios preestablecidos para esta categoría, teniendo que ser definidos por los clínicos en concreto.

2.19. F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

Por otro lado, hay un anexo en la CIE 10 en el que se mencionan tres categorías o especificaciones para el TB. La primera es una posible categoría de trastorno afectivo estacional en la que cualquiera de los diagnósticos mencionados deben cumplir que tres o más episodios se presentan en períodos de 90 días (una estación) de un año durante cuando menos tres o más años consecutivos, que también hay remisiones dentro del período de 90 días en un año y que los episodios estacionales superan claramente a los no estacionales. Esta categoría también se podría aplicar a los episodios o trastornos depresivos.

Otra posible categoría es la de Trastorno bipolar II. Esta se define por la presencia de uno o más episodios depresivos, de uno o más hipomaníacos, pero con la ausencia completa de episodios previos de manía. De todos modos este diagnóstico sería en el momento actual F31.0

La última posible especificación es la de cicladador rápido, diagnosticado mediante la presencia de cuatro episodios dentro de un trastorno bipolar en un período de 12 meses.



¿Cuáles son las diferencias
entre los dos sistemas,
DSM-IV y CIE 10?

3

3. ¿Cuales son as diferencias entre os dous sistemas, DSM IV-TR e CIE 10?.

Las diferencias existentes son las siguientes:

3.1. Episodio hipomaníaco.

En la DSM IV-TR (Anexo 3) se incluyen los criterios de autoestima exagerada o grandiosidad y la fuga de ideas como dos criterios a añadir. Engloban por otra parte la conducta imprudente en el aspecto económico y el incremento en el apetito sexual como un único criterio sobre incremento de la implicación en actividades placenteras. Por último no considera la pérdida de distancias en el ámbito social como un criterio separado.

Así mismo incluye específicamente que este cambio debe ser observable por los demás y que no sería necesaria la hospitalización.

3.2. Manía sin/con síntomas psicóticos.

En el DSM IV-TR encontramos que la diferencia es que pide tres o cuatro de una lista de siete categorías de síntomas o conductas en las que de nuevo la conducta sexual es subsumida con otras conductas sociales o placenteras y no se considera la pérdida de las inhibiciones sociales como un criterio diferenciado.

Así mismo cuando aparecen síntomas psicóticos la lista no es tan concreta como la expuesta en la CIE-10 (Ver anexo 2 y se codifica por separado, no como parte integrante del código diagnóstico).

3.3. Episodio Depresivo.

Inicialmente en el DSM IV-TR no se distingue entre las diferentes intensidades (no se dan puntos de corte entre las mismas), necesitando cuando menos cinco síntomas de una lista de nueve, teniendo que ser uno de ellos

o el estado de ánimo depresivo o la pérdida de los intereses o de la capacidad para el placer. Subsume la pérdida de confianza y autoestima en los sentimientos de culpa o inutilidad.

De igual modo se indica que el cuadro no es mejor explicado por un dolor o luto.

El DSM-IV TR no tiene la especificidad del síndrome somático: hay *síndrome melancólico*. Parecido al síndrome somático, necesita de la presencia de cuatro síntomas de una lista de ocho que comparte con él, de los cuales, cuando menos uno, tiene que ser o pérdida de placer o falta de reactividad emocional ante sucesos gratos. Asimismo incluye una calidad distinta del ánimo depresivo y una culpabilidad excesiva, subsume pérdida de apetito y de peso en el mismo criterio y no menciona la clara pérdida de la libido.

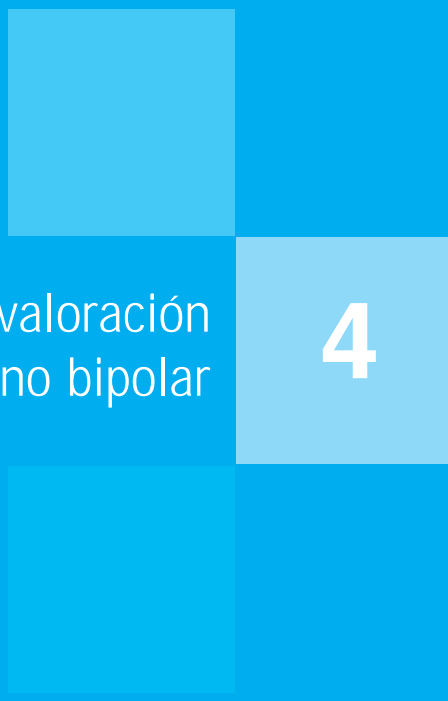
También incluye un *síndrome atípico*, no incluido en la CIE-10, consistente reactividad emocional, cumplir dos criterios de una lista de cuatro: incremento de apetito o peso, hipersomanía, abatimiento y patrón duradero de sensibilidad al rechazo interpersonal.

Por último se puede especificar si el episodio es *crónico*, mereciendo tal concreción cuando los criterios de episodio depresivo se cumplieron de forma continua cuando menos en los dos últimos años.

En el DSM IV-TR, comunes a todos los diagnósticos de maníacos a depresivos, tenemos otras especificaciones, como son la existencia o no de *síntomas catatónicos* y de si el cuadro es de *inicio en el post-parto*. Por otra parte dentro del propio diagnóstico de trastorno bipolar y con el cambio de polaridad (de depresivo a hipomaniaco o maníaco y viceversa) podemos especificar si fue *con o sin recuperación inter-episódica*; si es *con patrón estacional* (con una definición diferente a la dada en la CIE-10); o si es *con ciclos rápidos* (con la misma definición que en la CIE-10).

Por último mencionar una diferencia importante en relación con la codificación: el DSM-IV-TR no considera los episodios hipomaniacos, mixtos o

maníacos como categorías diferentes de lo que son los trastornos bipolares. Esto puede ocasionar discrepancias, posiblemente importantes, si empleamos los códigos como criterios en una búsqueda de información.



Detección y valoración
del trastorno bipolar

4

No se recogen en las revisiones pruebas claras sobre que síntomas prodrómicos permitirían predecir la aparición del trastorno. Sin embargo los profesionales deberían preguntar sobre la presencia de síntomas hipomaniacos y de antecedentes familiares de TB cuando valoran un paciente con depresión.

De igual modo es necesario realizar una exploración más completa cuando se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Períodos de conducta desinhibida, con hiperactividad, con una duración de cuando menos cuatro días, con o sin períodos de depresión.
- Tres o más episodios depresivos en el contexto de una historia de hiperactividad y conducta desinhibida.

En la valoración de la persona que sufre un episodio bipolar, se recomienda cuando menos recoger los siguientes aspectos:

- Historia Clínica completa, incluyendo antecedentes familiares y propios, con una revisión de todos los episodios anteriores y la presencia de cualquier síntoma inter-episódico.
- Valorar el perfil sintomático del paciente, los elementos “disparadores” de episodios previos, funcionamiento social y personal, cuadros concurrentes (incluyendo abuso de sustancias) y la presencia de estresores psicosociales, que afecten a la salud física, riesgo y ansiedad.
- Obtener cuando fuera posible, preservando los límites de la confidencialidad, la corroboración de la información por parte de un miembro de la familia o de un cuidador.
- De igual modo, y aunque no hay pruebas que demuestren la superioridad de las escalas sobre la valoración clínica (SIGN, 2005), puede ser útil el uso de algún criterio estructurado a través de escalas hetero como auto-aplicadas. Como escalas heteroaplicadas se encuentran las escalas Young para la Evaluación de la Manía, la de Bech-Rafaelsen y la de

valoración de la Manía por Clínicos; como escala autoaplicada está adaptada a nuestro contexto la Altman Self-Rating Mania Scale (Anexo 4).

Cuando se está considerando el diagnóstico de TB de los pacientes habrá que tomar con cautela la aparición de los siguientes elementos:

- La presentación tardía de un trastorno bipolar puede cursar con más síntomas psicóticos, incremento de ideación suicida, abuso de sustancias o más alteraciones conductuales. Esto resulta de especial importancia en aquella población que por características étnicas tienen dificultades en el acceso a servicios sanitarios.
- El abuso de tóxicos o alcohol puede inducir a trastornos manimorfos. En los centros hospitalarios, habiendo evidencia de abuso, habrá que aguardar siete días antes de confirmar un diagnóstico de TB.
- Los síntomas podrían ser por causa de condiciones orgánicas subyacentes, tales como hipotiroidismo, accidentes cerebrovasculares y otros trastornos neurológicos, particularmente en personas con un debut tardío del trastorno bipolar (personas mayores de 40 años).

Cuando en concreto se considere el diagnóstico de ciclos rápidos en el TB habría que comprobar explicaciones alternativas para los síntomas, como son los trastornos tiroideos, cambio de ciclo inducido por antidepresivos, infradosificación de fármacos, los efectos de la retirada del litio y la adherencia inestable al tratamiento. Se debería pensar también en preguntar como evolucionó el humor al paciente y/o al cuidador durante por lo menos el último año.

Cuando se sospeche de la co-aparición o el diagnóstico diferencial con un trastorno de personalidad, se hacen las siguientes indicaciones:

- Durante la valoración inicial considerar el diagnóstico inicial de TB antes que el diagnóstico de trastorno de personalidad en una persona con cambios de humor y deterioro funcional.

- Durante el tratamiento, asegurarse que el paciente tuviera un tratamiento adecuado para estabilizar los síntomas antes de considerar un diagnóstico de trastorno de personalidad.

En relación con la conducta suicida, hay que considerar que los suicidios consumados en los pacientes con Trastorno Bipolar I pueden alcanzar el 15% en hombres y el 22% en mujeres, por lo que una cuidadosa valoración del riesgo sería crítica (APA, 2006) en ciertos momentos, como son:

- En el momento del primer diagnóstico del TB.
- Cuando en la persona con un TB se supone un cambio significativo en el estado mental o en las circunstancias personales.
- En una persona con TB que es dada de alta o abandona la atención hospitalaria.



Pronóstico

5

Para la mayor parte de los pacientes, el TB es crónico y recurrente. Hay una gran cantidad de variaciones entre los individuos, en el número total de episodios experimentados, pero el promedio es de 10 (Mackin & Young, 2005).

Los episodios de manía y depresión tienden a agruparse en el tiempo, en torno a un periodo de tiempo, en proximidad unos episodios con otros. Luego son seguidos de otros episodios de inactividad. El riesgo de recurrencia en el año posterior al episodio de trastorno del humor es especialmente alto (50% en un año, 75% a los cuatro años y más tarde 10% por año), comparado con otros trastornos psiquiátricos.

Comparados con la población general, los pacientes con TB tienen tasas más altas de mortalidad estandarizada por todas las causas.

El TB está asociado a una alta carga de enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardíacas y una tasa de mortalidad estandarizada de muertes prematuras por causas naturales, estimada en 1.9 para los varones y 2.1 para las mujeres (Osby *et al.*, 2001).

La tasa de mortalidad por suicidio es mucho más alta, aproximadamente 15 para los varones y 22.4 para las mujeres. El mayor riesgo de intentos de suicidio ocurre durante los episodios depresivos o mixtos (Osby *et al.*, 2001).

Los episodios mixtos y la ciclación rápida son más frecuentes en los pacientes con comorbilidad por abuso de sustancias, otros trastornos médicos, suicidio e intentos de suicidio.

La manía e hipomanía que aparecen después de los 40 años, con frecuencia evolucionarán durante varios años con episodios de depresión; o bien, su debut a una edad tan tardía será sospecha de que son secundarias a otros factores como medicación esteroidea, infecciones, procesos neuroendocrinos o problemas neurológicos.

Sin embargo, sólo el 15% de los casos de TB que acuden en principio (en vez de al inicio) a los servicios de salud mental están desencadenados por un problema médico.

El pronóstico de la depresión más tardía es generalmente peor debido a la alta tasa de mortalidad. La mayor parte del incremento de mortalidad es explicada por la gran carga de enfermedad física, especialmente enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, antes que el suicidio.

La tasa de mortalidad estandarizada por muerte cardiovascular es dos veces la de la población general, pero parece que puede ser reducida si los pacientes mantienen la medicación a largo plazo.

La detección temprana del TB es importante para fomentar un régimen de manejo del tratamiento conveniente, con el propósito de mejorar los resultados finales y minimizar el daño causado por la repetición de episodios.

Los individuos, a menudo, son capaces de identificar los precipitantes de los cambios del ánimo y/o comportamiento, que indican las primeras etapas de un episodio, ya que cada episodio comienza con un patrón similar que es idiosincrásico y típico de cada individuo.

Los estilos de las recaídas pueden ser útiles indicadores para los mismos individuos, los familiares, amigos cercanos, o para los clínicos y pueden ser útiles para prevenir la escalada hacia un episodio completo. Identificar los factores de estrés particulares que están asociados con la recaída, tales como estresores psicosociales específicos o sucesos asociados con alteraciones en el ritmo circadiano, pueden ayudar a los individuos a aprender formas de reducir el riesgo de desencadenar estos episodios. Aunque los sucesos desencadenantes pueden ser identificados antes de algunos episodios, otros episodios no tienen por qué tener un desencadenante obvio, o al menos fácilmente reconocible. (Nice 2006).



Cuidados físicos de los pacientes con trastorno bipolar

(Ver tabla 2)

6

Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tienen unos niveles más altos de morbilidad y mortalidad física que la población general, pero a menudo reciben cuidados de salud insuficientes.

6.1. Valoración física inicial.

En los pacientes con TB, tan pronto como sea posible, los profesionales de la salud deben:

- Determinar el consumo de tabaco y alcohol.
- Realizar perfil tiroideo, pruebas de función hepática y renal, medir la presión arterial, recuento hematológico, glucemia y perfil lipídico.
- Medir peso y talla.
- Valorar la opción de solicitar el electroencefalograma (EEG), la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN), si se sospecha etiología orgánica o comorbilidad importante.
- Valorar el despistaje de drogas, la radiografía (Rx) de tórax y el electrocardiograma (ECG) si la historia o el cuadro clínico lo sugiere.

6.2. Revisión anual.

A los pacientes con TB se les debe realizar un examen físico anual, normalmente en atención primaria:

- Niveles de lípidos, incluyendo colesterol en todos los pacientes por encima de los 40 años, incluso si no hay otra indicación de riesgo
- Nivel de glucosa en plasma.
- Peso.
- Consumo de tabaco y alcohol.

- Presión arterial.
- Los resultados de la revisión anual deben comentarse con el paciente. Varios fármacos usados en el TB pueden producir una significativa ganancia de peso, en especial la Olanzapina. Pero también es necesario un cuidadoso control del peso con todos los Antipsicóticos, en general, el Litio y el Valproato. Si el paciente gana peso durante el tratamiento, deberá revisarse su medicación y tener en cuenta lo siguiente:

Consejo dietético y apoyo desde la atención primaria y los servicios de salud mental.

Aconsejar ejercicio aeróbico regular.

Los tratamientos farmacológicos tales como antidepresivos a altas dosis, sibutramina o topiramato, no están recomendados con la indicación de conseguir disminución progresiva de peso.



Episodio agudo

7

7.1. Manejo de los síntomas depresivos en los episodios agudos.

El manejo de los síntomas depresivos en el TB es parecido al del Episodio Depresivo Unipolar. No obstante, y a diferencia de lo que ocurre en la Depresión Unipolar, en el TB el uso de antidepresivos entraña el riesgo de virar a episodios maníacos, por lo que al prescribir un antidepresivo, hay que tener la precaución de asociar también un fármaco antimaníaco.

El papel de los antidepresivos como tratamiento de mantenimiento es limitado; la medicación específicamente preventiva tiene un mayor protagonismo en este aspecto de la enfermedad.

Los pacientes con TB desarrollan más fluctuaciones, tanto en la intensidad como en la duración de los síntomas, que los que padecen depresión unipolar, pero hay pocas pruebas en las que nos podamos basar para guiar el tratamiento de los diferentes niveles de gravedad (Nice 2006).

7.1.1. Pacientes con trastorno bipolar y sin tratamiento antimaníaco, que presentan un síndrome depresivo.

Al paciente que se le prescribe un antidepresivo hay que asociarle un fármaco antimaníaco. Su elección debe ser compatible con la decisión sobre un futuro tratamiento preventivo, los probables efectos secundarios y la posibilidad de embarazo en las mujeres.

Al iniciar un tratamiento antidepresivo habrá que explicar los riesgos de viraje a un episodio de manía y los beneficios de asociar un fármaco antimaníaco por tal motivo.

Por supuesto, los pacientes que no estén dispuestos a tomar un antimaníaco deben de ser cuidadosamente monitorizados.

El tratamiento antidepresivo debe iniciarse con una dosis baja e incrementarla progresivamente si fuera necesario.

7.1.2. Pacientes con trastorno bipolar y tratamiento antimaníaco ya instaurado, que presentan un síndrome depresivo.

Cuando un paciente con tratamiento antimaníaco presenta un episodio depresivo agudo, debe comprobarse en primer lugar que está tomando el antimaníaco en la dosis adecuada y ajustarla si fuera necesario.

En los pacientes con síntomas depresivos agudos leves, debe realizarse una nueva valoración antes de dos semanas si:

- Los episodios previos de depresión leve no desarrollaron episodios más graves, ni se prolongaron hacia una depresión crónica.
- El paciente no tiene un riesgo significativo de desarrollar una depresión más grave.

Si el paciente es valorado como sujeto con riesgo de empeoramiento, o en la revisión continúa estando mal, debe ser tratado como en el caso de una depresión moderada o grave, en particular si el deterioro funcional es evidente.

En los pacientes con síntomas depresivos moderados o graves, habrá que considerar:

- Administrar un antidepresivo ISRS (excepto paroxetina en el caso mujeres embarazadas), porque están relacionados con una probabilidad menor de viraje que otros antidepresivos.
- Añadir quetiapina si el paciente está tomando medicación antimaníaca, pero no otro antipsicótico.

Si un tratamiento farmacológico adecuado, tanto en dosis como en cumplimiento, no consigue una significativa mejoría para los síntomas depresivos moderados, deberá considerarse un programa de tratamiento psicológico estructurado. Éste deberá centrarse en los síntomas depresivos, solución de problemas, mejora del funcionamiento social y psicoeducación.

7.1.3. Control del riesgo del tratamiento antidepresivo.

Los antidepresivos se deben evitar en pacientes con síntomas depresivos que tienen un TB con ciclación rápida o un episodio hipomaniaco reciente.

En su lugar, debe considerarse la opción de aumentar la dosis del agente antimaniaco, o añadir un segundo fármaco antimaniaco (incluida la lamotrigina).

Deben ser abordadas las preocupaciones de los pacientes sobre la toma de los antidepresivos; es conveniente informar que el "*craving*" y la tolerancia no ocurren normalmente y que la toma de medicación no es un signo de debilidad personal.

Al inicio de un tratamiento antidepresivo, se informará a los pacientes de:

- La posibilidad de viraje hacia la manía o hipomanía.
- La demora en el comienzo del efecto y que la mejoría es gradual y sufre fluctuaciones normales.
- La necesidad de tomar la medicación como se le prescribe, y el riesgo de síntomas de discontinuación/retirada si lo suspende de manera brusca.
- La necesidad del control de signos de acatisia, ideas suicidas (normalmente cualquier paciente menor de 30 años, será revisado antes de que acabe la semana de iniciación del tratamiento) y el aumento de ansiedad y agitación (sobre todo al inicio del tratamiento).
- La necesidad de buscar ayuda rápida si los efectos secundarios son significativos.

Si un paciente con TB desarrolla una marcada y/o prolongada acatisia o agitación, mientras toma un antidepresivo, el uso de éste debe ser revisado urgentemente.

Habrá que tener cuidado al prescribir ISRS -sobre todo en ancianos- cuando tomen otra medicaci3n que pueda producir sangrado intestinal, tal como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se valorará el uso complementario de fármacos protectores de la mucosa gástrica en ese caso.

7.1.3.1. Finalizaci3n del tratamiento antidepresivo después de un episodio depresivo agudo.

Cuando un paciente est  en remisi3n de los síntomas depresivos (o los síntomas han disminuido significativamente su gravedad, durante ocho semanas), se considerará la finalizaci3n del tratamiento antidepresivo, para minimizar el riesgo de viraje a la manía y el aumento de riesgo para la ciclaci3n rápida.

La dosis del antidepresivo será reducida gradualmente en varias semanas, manteniendo la medicaci3n antimaniáca. Es necesario tener precauci3n con la paroxetina y la venlafaxina, porque ambos est n asociados a un mayor riesgo de síntomas de discontinuaci3n/retirada, comparativamente a otros antidepresivos de uso corriente.

7.1.3.2. Tratamientos no recomendados para uso rutinario.

Los siguientes tratamientos no serán utilizados de forma rutitaria para los pacientes con TB en los episodios agudos depresivos:

- La lamotrigina en solitario, como agente de primera línea en TB I.
- Estimulaci3n Magnética Transcraneal.

7.1.4. Tratamiento de los síntomas resistentes y psicóticos de un episodio depresivo.

7.1.4.1. Respuesta incompleta al tratamiento del episodio agudo depresivo.

Cuando un paciente con síntomas depresivos no responde completamente al tratamiento antidepresivo, éste será reevaluado para buscar datos de abuso de sustancias, estresores psicológicos, problemas físicos de salud, comorbilidad (por ejemplo con síndromes de ansiedad o graves síntomas obsesivos) y adherencia inadecuada a la medicación.

Una vez descartadas estas situaciones se valorará:

- Aumentar la dosis del antidepresivo.
- Tratamiento psicológico individual focalizado en los síntomas depresivos.
- Cambiar a un antidepresivo alternativo.
- Añadir quetiapina u olanzapina si el paciente no está tomando ya una de ellas.
- Añadir litio, si el paciente no lo está tomando ya.

7.1.4.2. Concurrencia de síntomas depresivos y psicóticos.

Para los pacientes con diagnóstico de TB que al mismo tiempo experimentan síntomas depresivos y psicóticos, se considerará añadir al actual plan de tratamiento medicación antipsicótica tal como Olanzapina, Quetiapina o Risperidona, (recuérdese la fecha y procedencia de las Guías revisadas) o utilizar terapia electroconvulsiva (TEC), si la enfermedad depresiva es grave.

7.1.4.3. Síntomas depresivos persistentes.

Para los pacientes con síntomas depresivos persistentes y sin historia de ciclación rápida reciente, incluidos aquéllos que hayan rehusado un anti-depresivo, se considerará una terapia psicológica estructurada.

7.1.4.4. Intervenciones adicionales.

Los pacientes con síntomas depresivos deben ser aconsejados sobre la conveniencia de un programa estructurado de ejercicio físico, la organización de actividades que sean agradables y/o impliquen consecución de objetivos, una dieta y sueño adecuados, un apropiado apoyo social.

7.1.5. Después de un episodio depresivo agudo.

Después de un episodio depresivo agudo, los pacientes no deben de continuar rutinariamente con un tratamiento antidepresivo a largo plazo, porque no hay pruebas de que éste reduzca las tasas de recaída, y, por el contrario, puede estar asociado con un aumento del riesgo de viraje a la manía.

7.1.5.1. Tratamiento para los síntomas depresivos crónicos y recurrentes.

En este caso los siguientes tratamientos se deben tomar en consideración, discutiéndolos con el paciente, para personas que tienen un diagnóstico establecido de TB con síntomas depresivos crónicos o recurrentes, y que no están tomando medicación preventiva y no han tenido un episodio maniaco o hipomaniaco reciente:

- Tratamiento a largo plazo con ISRS, a la mínima dosis terapéutica, en combinación con medicación preventiva

- Terapia cognitivo-conductual (16-20 sesiones) en combinación con medicación preventiva
- Quetiapina o Lamotrigina

7.1.6. Control de los episodios agudos mixtos.

Se debe tratar a los pacientes con un episodio agudo mixto, como si presentaran un episodio agudo maníaco y evitar la prescripción de un anti-depresivo.

Es necesario controlar a estos pacientes al menos semanalmente, en particular por el riesgo de suicidio.

7.2. Manía; hipomanía; fase mixta.

7.2.1. Indicaciones generales.

En el caso de que el comienzo de la enfermedad sea la presentación de un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto. En la valoración inicial de este paciente deben determinarse:

- A** Hábitos de consumo de tóxicos: alcohol, tabaco, otros.
- B** Estudio de función hepática, tiroidea y renal.
- C** Tensión arterial, hemograma, glucemia, colesterol y triglicéridos.
- D** Peso corporal y altura.

Pueden ser convenientes: EEG; TAC o Resonancia Magnética; en los pacientes en los que se sospecha etiología orgánica, o una importante comorbilidad. Cuando lo indique la Historia Médica del paciente o su actual cuadro clínico: Rx. tórax; ECG; detección de tóxicos.

Se debe informar a los pacientes sobre la contracepción; y de los riesgos de un embarazo en mujeres en edad fértil (riesgo de recaída durante el embarazo; riesgos para el feto derivados de la medicación; riesgos al interrumpir la medicación durante el embarazo). Hablar con los pacientes sobre sus planes futuros para tener descendencia.

En un episodio maníaco moderado, se recomienda extrapolar los conocimientos adquiridos en el tratamiento de la manía severa. Los criterios de manejo clínico y tratamiento son los mismos.

Para evitar en lo posible las consecuencias de los síntomas maníacos, se recomienda evitar una estimulación excesiva, aplazar decisiones importantes, y procurar mantener una rutina diaria de actividad y de horas de sueño.

Interrumpir el antidepresivo, si el paciente lo está tomando, cuando aparecen los síntomas maníacos (el hacerlo brusca o gradualmente, depende del riesgo de presentación de síntomas de discontinuación/abstinencia, experiencia anterior, etc).

Tras la valoración inicial, conviene volver a ver al paciente dentro de la primera semana. Posteriormente, y durante los tres primeros meses, conviene que sean atendidos cada 2-4 semanas.

7.2.2. Tratamiento farmacológico en la manía aguda para pacientes que no están tomando medicación antimaniaca.

Opciones al iniciar el tratamiento: antipsicótico, valproato o litio. Una vez hecha la elección, pensar en las siguientes cuestiones:

- El tratamiento, si es eficaz, deberá mantenerse durante un largo período de tiempo.
- Perfil de efectos secundarios del fármaco, teniendo en cuenta las características individuales del paciente.

- El antipsicótico es de elección en los casos en los que los síntomas maníacos son severos, o las alteraciones de conducta graves.
- Valproato o litio son de elección, cuando previamente han presentado una buena respuesta; y por parte del paciente una buena cumplimentación.
- Emplear litio sin otra medicación únicamente en casos de síntomas no severos, debido a su más lento inicio de acción comparado con el valproato o los antipsicóticos.

Alteraciones graves del comportamiento, o insomnio grave, pueden ser indicación para el empleo durante breve tiempo de una benzodiazepina.

Antipsicóticos de elección: Olanzapina, Quetiapina o Risperidona. (Recuérdese la procedencia y fecha de las Guías revisadas). Teniendo en cuenta:

- Factores de riesgo (diabetes,...)
- Comenzar con la menor dosis recomendada, e ir aumentando según respuesta.
- Si el antipsicótico no tiene la eficacia deseada, debe añadirse valproato o litio.
- Mayor riesgo de comienzo súbito de síntomas depresivos en ancianos tras la recuperación de un episodio maníaco.

La Carbamazepina no está recomendada para su uso habitual o de primera indicación. No están recomendados Lamotrigina, Gabapentina y Topiramato.

7.2.3. Tratamiento farmacológico de la manía aguda en pacientes que están tomando medicación antimaniaca.

Si está tomando Litio, determinar niveles plasmáticos. Niveles óptimos entre 0,80 mmol/l y 1,0 mmol/l. Ajustar la dosis en consecuencia. Si no hay

mejoría, intentar potenciar el efecto terapéutico con la adición de un antipsicótico.

Si está tomando valproato, aumentar la dosis hasta que los síntomas comiencen a mejorar; o hasta que los efectos secundarios limiten una mayor dosis; o hasta alcanzar la dosis más alta recomendada del producto. Si no hay mejoría, aumentar su eficacia añadiendo antipsicótico.

Si los síntomas son graves (paciente a tratamiento con litio o valproato), debe plantearse la adición de un antipsicótico; a la vez que se va incrementando la dosis de litio o valproato, si sus niveles sanguíneos lo aconsejan.

Si está tomando Carbamazepina, no es conveniente aumentar la dosis de entrada, antes hay que plantearse añadir un antipsicótico dependiendo de la intensidad de los síntomas. Debe tenerse en cuenta las interacciones de la Carbamazepina con otros fármacos, que pueden ser bastante frecuentes.

7.2.4. Tratamiento farmacológico de los episodios mixtos agudos.

Las indicaciones sobre el tratamiento son las mismas que si se tratase de una fase maníaca aguda pura, evitando dar antidepresivos.

La evaluación del paciente debe ser al menos semanalmente, enfatizando la vigilancia del riesgo suicida (Evaluación del paciente con periodicidad frecuente –al menos semanalmente–, enfatizando la vigilancia del riesgo suicida.)

7.2.5. Tratamiento farmacológico del episodio maníaco agudo en pacientes cicladores rápidos.

Valen las indicaciones para el episodio maníaco en pacientes que no presentan ciclos rápidos. Además conviene añadir:

- Hacer una revisión de los tratamientos ensayados para el TB. No desechar el empleo, de nuevo, de tratamientos que anteriormente no se han

administrado en las dosis o tiempo adecuados; y de los que la cumplimentación fue deficiente.

- Revisar la optimización del planteamiento a largo plazo del tratamiento: el empleo de cada una de las medicaciones debe ser como mínimo de seis meses de duración. Es éste un aspecto a priorizar, más que el tratamiento de episodios y síntomas aislados.
- Sugerir al paciente el llevar un registro diario de la cualidad (calidad) afectiva y de los cambios de humor (*diarios*) (registro en papel o electrónico), intentando recoger la gravedad (*severidad*) y frecuencia de los síntomas, así como de la influencia de las intervenciones terapéuticas.

7.2.6. Tratamiento electroconvulsivo en episodios maníacos (TEC).

La recomendación para el empleo del tratamiento electroconvulsivo (TEC) se hace sólo en casos en los que el objetivo es lograr una mejoría rápida, en poco tiempo, de síntomas graves y tras haber ensayado otras opciones terapéuticas que han resultado inefectivas; y/o en pacientes en los que la sintomatología es valorada como de riesgo vital para el mismo u otras personas; en pacientes que presentan:

- Depresión grave.
- Catatonía.
- Episodio maníaco grave o prolongado.

Valoración de riesgos y beneficios con el TEC en el caso del paciente concreto:

- Antes de utilizar TEC, reducir o interrumpir litio o benzodiazepinas.
- Cuando está tomando un anticonvulsionante, monitorizar la duración de las convulsiones.
- Valoración del estado mental para detectar cambios a la otra fase.

7.2.7. Manejo clínico de las alteraciones agudas del comportamiento.

■ Indicaciones generales.

Paciente diagnosticado de TB, que presenta serias alteraciones de la conducta, o en riesgo de presentarlas a juicio del equipo sanitario. En estos casos se debe:

- Asegurar de que el paciente está situado en un entorno con pocos estímulos, con los mejores recursos y ayudas disponibles, y escasos motivos de provocar un enfrentamiento; accesibles en el espacio terapéutico en el que nos encontramos.
- Valoración de la seguridad y el estado físico del paciente, incluyendo su nivel de hidratación.

Y pensar el plan de actuación más adecuado en ese momento.


- Técnicas de distracción o desviación de los intereses del paciente hacia conductas de menor riesgo.

■ Manejo farmacológico de alteraciones de comportamiento graves en pacientes con trastorno bipolar.

- Intentar el empleo de medicación oral (lorazepam, antipsicótico, o una combinación de ambos) antes de recurrir a la administración intramuscular.
- Hay comercializados dos antipsicóticos en preparados bucodispersables, idóneos para estas situaciones risperidona y olanzapina. (Una vez más, recuérdense las Guías Clínicas utilizadas con preferencia para esta revisión escrita, su procedencia, y su fecha de redacción).
- Si el manejo efectivo con medicación oral no es posible, hay que pasar a la *tranquilización*: Olanzapina (10 mg); Lorazepam (2 mg¹); o Haloperidol (2 a 10 mg); a ser posible sólo uno de ellos.

¹ No comercializado en España.

- El Haloperidol se mantendrá como segunda opción, después de los dos primeros, debido a su potencial riesgo de efectos secundarios (alteraciones motoras, sobre todo distonía y acatisia).
- Olanzapina y Benzodiazepina, ambas parenterales, no deben administrarse una después de otra hasta que el intervalo de tiempo sea mayor de una hora.
- En caso de administración parenteral repetida, no pasar de 20 mg al día de Olanzapina, 4 mg al día de Lorazepam, o 18 mg al día de Haloperidol. Tener en cuenta dosis orales concomitantes administradas, para no sobrepasar los límites aconsejados en ficha técnica para cada medicación.
- Para elegir entre olanzapina o benzodiazepina: datos de respuesta previa; datos sobre tolerancia previa; disponibilidad de flumazenil si se opta por la benzodiazepina; medicación actual que estaba tomando.
- Otras opciones de tratamiento intramuscular (diazepam, clorpromazina, zuclopentixol) no están recomendadas en las fechas de revisión de esta Guía.
- Las indicaciones son las mismas en el caso de niños y adolescentes. Con la salvedad de que la *tranquilización* con Haloperidol no está recomendada por la propensión en este grupo de edad a la aparición de efectos extrapiramidales.



Tratamiento a largo plazo
del trastorno bipolar

8

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica de carácter recurrente. Tal naturaleza explica la necesidad de un tratamiento de mantenimiento eficaz, que reduzca y pueda distanciar en el tiempo los episodios.

Su cronicidad hace necesaria una estrecha colaboración entre paciente y médico que permita detectar los síntomas de recaída con rapidez, mejore el cumplimiento del tratamiento y facilite que el paciente interiorice unos hábitos de higiene saludables que van a mejorar de forma considerable el pronóstico.

Este apartado revisará los tratamientos de mantenimiento disponibles y aquellas técnicas que puedan mejorar la actitud del paciente ante su enfermedad, para potenciar de esta forma el beneficio de estos tratamientos.

8.1. Bipolar I: Tratamiento de mantenimiento.

8.1.1. Tratamiento farmacológico.

■ Litio.

Vamos a enunciar las evidencias encontradas:

El litio es eficaz en la prevención de recaídas en los tres años siguientes al episodio índice. El efecto profiláctico del litio es mayor para los episodios maníacos e hipomaniacos, siendo marginal para los episodios depresivos. (Davis 1999) (Burguess 2001) (Geddes 2001).

Los niveles superiores a 0.7 mmol/l han resultado más efectivos que niveles inferiores a esas cifras en sangre. La toma diaria es mejor que la toma cada dos días. (Keller 1992) (Jensen 1995).

La supresión brusca de litio puede provocar un episodio maníaco (Mander 1991) (Suppes 1991) (Faedda 1993).

El litio tiene un efecto en la prevención del suicidio a largo plazo en el tratamiento de los trastornos afectivos. Este efecto es debido posiblemente a la acción directa del propio fármaco y no al seguimiento a largo plazo que conlleva el tratamiento con litio (Cipriani et al, 2005).

Los efectos del tratamiento a largo plazo con litio son el riesgo de disfunción tiroidea, el estrecho margen terapéutico en cuanto a sus niveles sanguíneos, el discutido deterioro de la función renal, y el riesgo de fenómenos de rebote por la interrupción brusca (NICE 2006).

■ Carbamacepina.

Aunque algunos estudios apoyan que la carbamacepina es al menos tan eficaz como el litio en la prevención de recaídas, en un periodo de tiempo de seis semanas a tres años, otros estudios favorecen al litio frente a la carbamacepina en trastorno bipolar tipo I

■ Valproato.

Los trabajos revisados no son concluyentes en cuanto a que el valproato en monoterapia sea superior a placebo en la prevención de episodios maníacos, si bien sí que lo es en cuanto a las recurrencias depresivas. (NICE, 2006)

■ Lamotrigina.

El tratamiento de mantenimiento durante 18 meses con lamotrigina retrasa el inicio del próximo episodio depresivo (Bowden 2003) (Calabrese 2003).

Puede ser efectiva en monoterapia en pacientes con ciclación rápida, pero no es superior a placebo en otras circunstancias (NICE, 2006)

■ Antipsicóticos.

La olanzapina es más efectiva que placebo en la reducción de episodios maníacos, pero no está claro que sea eficaz en la reducción de episodios depresivos (NICE, 2006), aunque se ha de tener en cuenta que incrementa

en mayor medida que otros antipsicóticos el colesterol, la hemoglobina glicosilada y los triglicéridos plasmáticos (Lieberman et al, 2005).

En un ensayo clínico (Tohen 2005), la olanzapina fue más efectiva que litio en la reducción de nuevos episodios maníacos y mixtos, sin encontrar diferencias en cuanto a la prevención de episodios depresivos.

No se han encontrado otros trabajos de calidad suficiente hasta la fecha sobre el tratamiento a largo plazo con otros antipsicóticos.

- Antidepresivos.

Los antidepresivos, si bien son eficaces en el tratamiento de la depresión a corto plazo, pueden inducir virajes a manía o hipomanía, o bien provocar ciclación rápida. Su uso en combinación con litio no es más eficaz que el litio sólo para prevenir recaídas. (NICE, 2006).

- Combinaciones con diversos psicofármacos.

La combinación de antipsicóticos con litio o anticonvulsionantes a largo plazo, es recomendable sólo en el caso de que el paciente persista sintomático tras seis meses de tratamiento en monoterapia.

Las combinaciones consideradas adecuadas fueron: Litio más valproato, litio con olanzapina o quetiapina, y valproato con quetiapina u olanzapina. (NICE 2006).

8.1.2. Interrupción del tratamiento.

- Litio.

Su reducción brusca puede provocar un episodio maníaco de rebote, por lo que se recomienda la disminución gradual entre uno y tres meses. (NICE, 2006)

- **Antidepresivos.**

En caso de un cuadro maniaco, se recomienda valorar el peligro de una retirada brusca del antidepresivo. El síndrome de discontinuación provocado por su supresión brusca en un paciente con síntomas maníacos podría agravar el episodio. (NICE, 2006)

- **Otros.**

Hay escasa evidencia de fenómenos de rebote o abstinencia para carbamapicina, valproato, quetiapina, risperidona u olanzapina.

8.1.3. Intervenciones psicosociales.

- **Terapia cognitivo conductual (TCC).**

La TCC obtiene buenos resultados a 18 meses en prevención de recaídas y mejora del funcionamiento social. El tratamiento incluye un entrenamiento en detección de signos precoces de recaída por parte de los pacientes. Además, algunos autores incorporan programas de desarrollo de hábitos de actividad diurna y sueño regular, así como entrenamiento del paciente en manejo de síntomas depresivos e hipomaniacos. (NICE, 2007)

La TCC a largo plazo consigue prolongar el tiempo entre recaídas y disminuye el número de éstas. Este efecto disminuye tras el primer año de tratamiento (Dominic 2005), y en pacientes con más de 12 episodios previos (Scott, 2006).

- **Terapia interpersonal y del ritmo social.**

Esta terapia se centra en regularizar los hábitos de sueño, trabajo, ejercicio y otras actividades diarias. Trabaja además sobre los focos clásicos de la terapia interpersonal (cambios de rol, pérdidas...).

Un estudio a dos años (Frank 2005) encuentra que aquellos pacientes con tratamiento interpersonal" en fase aguda veían incrementado el tiempo para una nueva recaída, independientemente del tratamiento de mantenimiento al que fuesen asignados.

■ **Terapia familiar de orientación conductual.**

La terapia familiar de orientación conductual disminuye el número de recaídas y de ingresos por episodios afectivos. También se ha encontrado un aumento del intervalo entre las crisis a dos años (NICE 2006).

■ **Grupos de psicoeducación.**

Esta intervención en formato grupal, incluye información sobre la enfermedad, cumplimiento de tratamiento, identificación precoz de recaídas y regularidad en hábitos. Hay datos sobre su eficacia en la prevención de recaídas (Colom 2003).

8.2. Bipolar II: Tratamiento de mantenimiento.

Una característica de este trastorno es que las fases depresivas son muy superiores en frecuencia a las hipomaníacas, unas 37 veces (NICE 2006). Por tanto se entiende la importancia del control de la sintomatología depresiva en estos pacientes. Sin embargo persiste la escasez de trabajos en tratamiento de mantenimiento de este tipo de pacientes.

8.2.1. Tratamiento Farmacológico.

■ **Litio.**

Su eficacia no está demostrada en la prevención de recaídas en el trastorno bipolar tipo II (NICE 2006).

- Carbamacepina.

Frente a litio no se encontraron diferencias en la prevención de recaídas (NICE 2006).

- Valproato.

Los datos sobre su eficacia no son concluyentes (NICE, 2006).

- Antidepresivos.

Los pacientes de este grupo bipolar son menos propensos a desarrollar virajes con antidepresivos, pero no hay estudios que demuestren su eficacia a largo plazo. (NICE, 2006).

- Intervenciones psicosociales.

No hay ningún trabajo específico que estudie la eficacia de intervenciones de este tipo en el trastorno bipolar tipo II.

8.3. Tratamiento de mantenimiento en cicladores rápidos.

No se encontraron diferencias entre litio y valproato. (Joseph 2005). Ambos tienen poca utilidad.

8.4. Medidas para incrementar la adherencia al tratamiento.

La eficacia de la mayoría de las intervenciones depende de la cooperación del paciente. En el TB, al no haber conciencia de enfermedad, este aspecto es de suma relevancia.

Se encontró relación entre mal cumplimiento y presencia de comorbilidad, abuso de sustancias y actitudes negativas ante medicación, tratamiento y profilaxis.

Hay alguna evidencia de que el cumplimiento se reduce con el incremento de la duración de la terapia.

Hay evidencia limitada de que intervenciones psicoeducativas incrementan la adherencia al tratamiento en pacientes con TB. Esta adherencia es independiente de la gravedad de la enfermedad, las características demográficas de los pacientes o el número y tipo de medicación.

La evidencia para otras intervenciones es limitada. (NICE 2006).

8.5. ¿Hay medidas útiles en cuanto a rehabilitación?

Se ha constatado una discrepancia marcada entre el nivel de estudios de los pacientes con trastorno bipolar y el nivel de empleo alcanzado. (The Bipolar Organisation, 2001) (Morselli 2003). Las oportunidades de empleo de los pacientes con trastorno bipolar pueden verse disminuidas en relación con síntomas afectivos persistentes, trastornos de la personalidad comórbidos y deterioro de la adaptación social (Gitlin 1995) (Hammen 2000).

Los programas de empleo tutelado son más eficaces para conseguir una reintegración en el mercado laboral que aquellos que incluyen un entrenamiento prevocacional. Estos programas consisten en colocar a los pacientes en un puesto de empleo, con un período máximo de un mes de preparación.

8.6. Recomendaciones en el tratamiento farmacológico a largo plazo del trastorno bipolar.

8.6.1. Principios generales.

El inicio del tratamiento de mantenimiento deberá considerarse en las siguientes circunstancias (NICE, 2006):

- Tras un episodio maníaco grave.

- Trastorno tipo I con dos o más episodios agudos.
- Trastorno bipolar tipo II con deterioro funcional claro, alto riesgo de suicidio o episodios frecuentes.

Los tratamientos de elección son litio, olanzapina y valproato. (Tohen, 2006; NICE, 2006; Ketter, 2006).

La elección de uno de ellos se basará en considerar la respuesta a tratamientos previos, el riesgo relativo de recaída depresiva frente a la maníaca, y el perfil somático del paciente (especialmente diabetes, obesidad y estado de la función renal).

Si el paciente no mejora o persiste un patrón de recaídas, se valorará la opción de cambiar de fármaco o asociar al tratamiento inicial un segundo agente profiláctico entre los recomendados (NICE 2006).

El tratamiento profiláctico deberá mantenerse al menos dos años tras un episodio bipolar. En aquellos pacientes con riesgo alto de recaída, deberá de prolongarse durante cinco años (NICE 2006).

8.6.2. Uso de antipsicóticos en el tratamiento a largo plazo.

Se recomienda al empezar el tratamiento registrar peso, estatura, glucemia y niveles plasmáticos de triglicéridos. En pacientes con patología o en riesgo de patología cardiovascular se realizará un ECG.

Caso de iniciar tratamiento con risperidona, establecer niveles basales de prolactina en aquellos pacientes con disminución de la libido, amenorrea, ginecomastia, galactorrea o disfunción sexual.

Con quetiapina, es recomendable iniciar el tratamiento de forma gradual para evitar una hipotensión y sus consecuencias.

Deberá de monitorizarse el peso cada tres meses durante el primer año de tratamiento. Glucemia y lípidos cada tres meses, excepto con olanzapina que deberá ser cada mes. Si apareciesen síntomas de hiperprolactinemia en pacientes con risperidona, se debería medir de nuevo la prolactina en sangre.

8.6.3. Recomendaciones del uso del resto de los fármacos.

En la tabla 2 se recogen los controles periódicos y precauciones generales para el manejo de litio, valproato, carbamacepina y lamotrigina. A continuación se reseñan aspectos puntuales de interés en el tratamiento a largo plazo con alguno de estos fármacos.

■ Litio.

- Se deberán evitar los antiinflamatorios no esteroideos, excepto el paracetamol.
- No se podrá cambiar la sal de la dieta habitual del paciente sin monitorización estrecha de los niveles de litio.
- Los pacientes deben ser avisados de la necesidad de control médico caso de diarrea o vómitos por cualquier causa.
- Deberán mantener una hidratación adecuada, especialmente después de ejercicio intenso o exceso de calor.
- En caso de enfermedad febril acudirán inmediatamente a su médico para supervisión y ajuste de dosis.

■ Valproato.

En mujeres en edad fértil deberá de evitarse su uso; así como en mujeres menores de 18 años por riesgo de desarrollo de un síndrome de ovario poliquístico.

- Lamotrigina.

Al iniciar el tratamiento con lamotrigina en mujeres que toman anovulatorios, la efectividad de ambos fármacos puede verse disminuída, por lo que se debe recomendar el uso de métodos anticonceptivos alternativos y ajustar la dosis de lamotrigina mientras ambos tratamientos concurren. Así mismo, se alertará del riesgo de intoxicación por lamotrigina al retirar los anovulatorios.

Los pacientes deberán de ser advertidos del riesgo de reacciones cutáneas graves y de la necesidad de consultar con urgencia cualquier rash cutáneo, especialmente si aparece al inicio del tratamiento.

8.6.4. Síntomas depresivos.

Tras la resolución de una crisis depresiva, los antidepresivos deberán ser retirados, ya que no hay evidencia de que se reduzcan las recaídas con un tratamiento de mantenimiento y además hay un riesgo evidente de desarrollo de viraje o ciclación rápida.

En caso de síntomas depresivos persistentes o recurrentes se dispone de las siguientes opciones:

- Un inhibidor específico de la recaptación de serotonina en combinación con un tratamiento profiláctico.
- Añadir Terapia cognitivo conductual.
- Añadir quetiapina o lamotrigina.
- Para los pacientes con trastorno bipolar tipo II se puede considerar la posibilidad de dar lamotrigina en monoterapia.

8.6.5. Tratamiento de la Ciclación rápida a largo plazo.

El tratamiento de primera elección es litio combinado con valproato. En segunda línea tenemos la opción de prescribir litio sólo. Se deben evitar los antidepresivos en lo posible. Valorar la combinación de lamotrigina con litio o valproato, especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo II. Se recomienda evaluar la función tiroidea cada seis meses.

8.7. Recomendaciones en el tratamiento psicológico a largo plazo.

Las psicoterapias estructuradas deberán considerarse en pacientes estables o bien con síntomas afectivos de leves a moderados. Deberán ser un complemento de la medicación, con un mínimo de 16 sesiones administradas en 6- 9 meses y deberán incluir:

- Psicoeducación sobre la enfermedad bipolar.
- Información sobre las medidas de higiene básicas a adoptar (hábitos de sueño regular, evitación de drogas, actividad diaria reglada y cumplimiento del tratamiento).
- Monitorización del estado afectivo y síntomas precoces de recaída, aportando estrategias para prevenir una progresión a recaída completa.
- Apoyo y desarrollo de técnicas de manejo de estrés.

Es de gran interés iniciar las terapias tras las primeras descompensaciones, ya que hay datos que apuntan a una menor eficacia a medida que se acumulan las recurrencias.

Se puede considerar la posibilidad de ofrecer a familiares o allegados del paciente psicoeducación, entrenamiento en técnicas de resolución de problemas y habilidades de comunicación.



Situaciones especiales

9

9.1. Comorbilidad.

Los afectados de TB y Trastorno de la Personalidad comórbido deben recibir la misma atención que los demás pacientes con trastorno bipolar, ya que la presencia de trastorno de la personalidad no excluye la efectividad de los tratamientos para el trastorno bipolar.

Las tasas de alcoholismo y otras drogodependencias son sustancialmente más elevadas en personas con trastornos bipolares que en la población general, afectando aproximadamente al 61% de los pacientes con TB tipo I. En consecuencia, los clínicos deben estar preparados para tratar los trastornos bipolares y los trastornos por abuso de sustancias simultáneamente (Brown, 2006).

9.2. Ancianos.

Los trastornos comórbidos del eje I son frecuentes entre los pacientes geriátricos con TB. Los porcentajes de comorbilidad son: alcoholismo (38%), distimia (15%), trastorno por ansiedad generalizada (20%), trastorno de pánico (20%). Los ancianos con TB presentan una alta prevalencia de alcoholismo y las ancianas con TB presentan una elevada prevalencia de trastorno de pánico (Goldstein, 2006).

Cuando se tratan pacientes geriátricos con TB, los profesionales sanitarios deben:

- Emplear la medicación en dosis más bajas.
- Estar alerta ante el incremento del riesgo de interacciones medicamentosas cuando se prescribe medicación psicotrópica.
- Asegurarse de que las patologías médicas concomitantes han sido diagnosticadas y tratadas.

9.3. Principios generales del tratamiento de mujeres: embarazo y lactancia.

El manejo y tratamiento de las mujeres con TB que están intentando concebir, y durante los períodos prenatal y postnatal, es complejo y supone un reto. Ello ocurre en gran medida porque los riesgos de tomar una medicación durante la gestación no siempre se comprenden bien y porque la probabilidad de recaída en las mujeres durante este período es elevado. No existen psicofármacos que estén autorizados específicamente para su uso durante el embarazo o lactancia.

Los riesgos absolutos y relativos de los problemas asociados con el tratamiento y no tratamiento del TB durante la gestación, deben ser discutidos con las propias mujeres afectadas.

El contacto más frecuente con los especialistas de los servicios de salud mental, trabajando conjuntamente con los servicios de obstetricia, debe ser considerado en las mujeres con TB, debido al mayor riesgo de recaída durante la gestación y período postnatal.

Un plan escrito para el manejo de las mujeres con trastorno bipolar durante la gestación, parto y período postnatal debe ser desarrollado tan pronto como sea posible. Ello debe ser consensuado con la paciente y otros agentes significativos, compartido con su obstetra, comadrona o personal de asistencia a domicilio. La información sobre su medicación debe ser incluida en el plan de nacimiento y en las notas del cuidado postnatal.

Si una mujer embarazada y con diagnóstico de TB está estabilizada con un antipsicótico y es propensa a recaer sin medicación, se debe mantener dicho antipsicótico, y monitorizar la ganancia de peso o el riesgo de diabetes.

Los siguientes psicofármacos **no** se deben prescribir en pacientes embarazadas con trastorno bipolar:

- *Valproato*, debido al riesgo para el feto y posterior desarrollo del niño.
- *Carbamacepina*, debido a su limitada eficacia y riesgo de daño fetal.
- *Litio*, debido al riesgo de malformación fetal, como los problemas cardíacos.
- *Lamotrigina*, debido al riesgo de daño fetal.
- *Paroxetina*, debido al riesgo de malformaciones cardiovasculares en el feto.
- Tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas, debido a los riesgos durante la gestación y el inmediato período postnatal, como la fisura palatina.

9.3.1. Mujeres durante la gestación.

Las mujeres con TB que están considerando quedarse embarazadas, deben normalmente ser avisadas, para que interrumpan la administración de *valproato*, *carbamacepina*, *litio* o *lamotrigina*, así como psicofármacos profílmicos alternativos como es el caso de los ansiolíticos.

Las mujeres que toman antipsicóticos y están planificando un embarazo deben ser advertidas de los incrementos en los niveles de prolactina que se asocian a algunos de estos medicamentos, y que reducen las posibilidades de concepción. Si los niveles de prolactina están elevados, deben considerarse otros psicofármacos alternativos. Si precisara medicación antimaniaca, se prescribirá una dosis baja de un antipsicótico, típico o atípico, por su menor riesgo.

Si una mujer que está tomando **litio** está planificando un embarazo, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Si la paciente se encuentra bien y no existe un elevado riesgo de recaída, se debe retirar progresivamente el *litio*.

- Si la paciente no se encuentra bien o presenta un elevado riesgo de recaída:
 - Cambiar gradualmente a un antipsicótico, o
 - Interrumpir el litio y restablecerlo en el segundo trimestre si la mujer no está planificando lactancia posterior, y sus síntomas han respondido mejor al litio que a otras drogas en el pasado, o
 - Continuar con el *litio*, tras una completa discusión acerca de los riesgos, mientras está intentando concebir y durante el embarazo, en caso de que episodios maníacos hayan complicado embarazos previos, y sus síntomas hayan respondido bien al *litio*.
- Si la mujer mantiene el *litio* durante el embarazo, los niveles séricos de *litio* deben ser monitorizados cada 4 semanas, con frecuencia semanal a partir de la semana 36, y en menos de 24 horas antes del nacimiento. La dosis debe de ser ajustada para mantener los niveles séricos dentro del rango terapéutico. Las mujeres deben mantener una adecuada ingesta de líquidos.
- Si la mujer está planificando un embarazo y se siente deprimida tras dejar la medicación profiláctica, la terapia cognitivo-conductual debe ser ofrecida en vez de los antidepresivos, por el riesgo de descompensación maníaca que pueden provocar. Si se recurre a un antidepresivo, generalmente debe ser un ISRS (pero no *paroxetina*, por el riesgo de malformaciones cardiovasculares fetales) y la mujer debe ser monitorizada atentamente.

9.3.2 Mujeres con embarazos no planificados.

Si una mujer que padece un TB tiene un embarazo no planificado:

- El embarazo debe ser confirmado lo antes posible.
- La mujer debe ser advertida para que interrumpa la ingesta de *valproato*, *carbameceptina* o *lamotrigina*.

- Si el embarazo es confirmado en el primer trimestre y la mujer está estable, el *litio* debe ser interrumpido gradualmente en un plazo de unas 4 semanas, y la mujer debe ser informada de que el riesgo de malformaciones cardíacas en el feto no desaparece.
- Si la mujer continúa con el *litio* durante la gestación, los niveles séricos de *litio* deben ser controlados cada 4 semanas, con frecuencia semanal a partir de la semana 36, y en menos de 24 horas antes del nacimiento. La dosis de *litio* debe ajustarse para mantener los niveles séricos dentro del rango terapéutico, y la mujer debe mantener una adecuada ingesta de líquidos.
- Se puede proponer un antipsicótico como medicación profiláctica.
- Ofrecer un adecuado seguimiento y asesoramiento acerca de la continuación del embarazo, la necesidad de monitorización adicional y el riesgo fetal que existe si la mujer está con medicación.

9.3.3 Mujer embarazada con manía aguda.

Si una mujer embarazada que no está tomando medicación desarrolla un episodio maniaco agudo, debe valorarse la administración de un antipsicótico atípico o típico. La dosis debe ser lo más baja posible y la mujer debe ser monitorizada cuidadosamente.

Si la mujer embarazada desarrolla manía aguda mientras está tomando medicación profiláctica, los prescriptores deben (NICE, 2006):

- Revisar la adherencia al tratamiento y la dosis del agente profiláctico.
- Incrementar la dosificación si la mujer está consumiendo un antipsicótico, o considerar el cambio a un antipsicótico si no lo toma.
- Si no se produce respuesta a cambios en las dosis del medicamento y la paciente experimenta manía severa, valorar la opción del empleo de TEC (terapia electro-convulsiva), *litio* y, raramente, *valproato*.

En caso de que no haya alternativa al *valproato*, la mujer debe ser informada del incremento del riesgo para el feto y el niño de trastornos del desarrollo intelectual. Se debe emplear la dosis efectiva más baja posible y aumentarla con medicación antimaniaca adicional (excluyendo la *carbapina*). La dosis máxima empleada debe ser de 1 gramo diario, en dosis divididas y en presentación de liberación retardada, añadiendo 5 mg/día de *ácido fólico*.

9.3.4. Mujer embarazada con síntomas depresivos.

En mujeres embarazadas con **síntomas depresivos leves** y TB se deben considerar los siguientes puntos (NICE, 2006):

- Técnicas de autoayuda como guías de autoayuda y terapia cognitivo-conductual.
- Intervenciones psicoterapéuticas breves.
- Fármacos antidepresivos.

En mujeres embarazadas con síntomas depresivos moderados o graves y, diagnóstico conocido de trastorno bipolar, se deben considerar los siguientes puntos (NICE, 2006):

- Psicoterapia cognitivo-conductual para depresión moderada.
- La combinación de medicación e intervenciones psicológicas estructuradas para la depresión severa.

En mujeres embarazadas con síntomas depresivos moderados o graves y TB, la *quetiapina* sola, o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) -pero no la *paroxetina*-, en combinación con medicación profiláctica, son los psicofármacos de primera elección, porque los ISRS se asocian en menor medida que los antidepresivos tricíclicos a viraje a fase maníaca. Los IRSS deben ser interrumpidos si las pacientes desarrollan síntomas maniacos o hipomaníacos.

Las mujeres a las que se les prescriben antidepresivos durante el embarazo, deben ser informadas de los efectos adversos a corto plazo que pueden ocasionar los antidepresivos en el neonato

9.3.5. Cuidados en el período neonatal.

Las mujeres que están tomando litio deben ser atendidas durante el parto en medio hospitalario, ya que es necesario que sean monitorizadas por un equipo médico obstétrico, además del cuidado habitual de la matrona. La monitorización debe incluir el balance de fluidos, por el riesgo de deshidratación y toxicidad por *litio*.

Después del parto, si una mujer con diagnóstico de TB, que no está tomando medicación, presenta un elevado riesgo de descompensación y desarrollo de un episodio agudo; se debe valorar el establecimiento o el reinicio de la medicación tan pronto como la paciente esté médicamente estabilizada, una vez que el balance de fluidos se ha equilibrado.

Si la mujer mantenida con *litio* presenta un alto riesgo de recaída maníaca en el período postnatal inmediato, se debe considerar el añadir un antipsicótico.

Si la mujer con trastorno bipolar desarrolla síntomas maníacos graves (*severos*) o síntomas psicóticos y trastornos conductuales en el período del parto, se debe valorar la tranquilización rápida con antipsicóticos en vez del uso de benzodicepinas, debido al riesgo de complicaciones fetales. (NICE, 2006)

9.3.6. Lactancia.

Las mujeres con TB que están tomando medicación psicotrópica y desean lactar deben:

- Ser informadas y advertidas de los riesgos y beneficios de la lactancia materna.

Ser advertidas de que no lacten si están tomando *litio*, benzodiazepinas o *lamotrigina*, y ofrecer un agente profiláctico compatible con la lactancia. Un antipsicótico puede ser la primera elección (pero no *clozapina*).

- Prescribir un ISRS si se emplea un antidepresivo (pero no *fluoxetina* o *citalopram*).

9.3.7. Cuidados del niño.

Síntomas que incluyen irritabilidad, llanto constante, escalofríos, tembor, inquietud, incremento del tono muscular, trastornos del sueño o de la alimentación y raramente convulsiones, han sido descritos en neonatos de madres consumidoras de ISRS. Muchos de estos síntomas son severos y autolimitados. En muchos casos estos síntomas aparecen casualmente relacionados con la exposición al antidepresivo, aunque hay un debate sobre su mecanismo fisiopatológico: el grado de influencia de la toxicidad serotoninérgica, o de la reacción de retirada.

Los bebés de las madres que han tomado psicofármacos durante el embarazo, deben ser monitorizados durante las primeras semanas, debido a los eventuales efectos adversos de las drogas, la toxicidad de los psicofármacos o los cuadros de retirada (por ejemplo síndrome hipotónico fetal, irritabilidad, llanto constante, escalofríos, tembor, inquietud, incremento del tono muscular, trastornos de sueño o de la alimentación y raramente convulsiones). Si a la mujer se le han prescrito antidepresivos en el último trimestre, tales síntomas pueden ser producidos por toxicidad serotoninérgica, con más probabilidad que por un cuadro de retirada de psicofármacos, y el neonato debe ser monitorizado cuidadosamente.

9.4. Infancia y adolescencia.

9.4.1. Niños y adolescentes con trastorno bipolar.

El TB I es la modalidad más estudiada en psiquiatría infanto-juvenil. La presentación del TB en jóvenes, especialmente niños, se considera atípica con frecuencia, si se compara con la presentación clásica en adultos. Los niños que reciben el diagnóstico de TB presentan típicamente rápidas fluctuaciones del humor y cambios conductuales, frecuentemente asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad o a los trastornos conductuales disruptivos comórbidos (McClellan, 2007).

Recientes estudios han puesto de manifiesto que del 15% al 28% de los adultos experimentan el comienzo de su trastorno antes de los 13 años de edad. Aquellos con comienzo en la infancia, en comparación con los que empiezan en la edad adulta, tienen un TB más grave, complicado y de peor evolución (Post, 2006).

El cuadro clínico que emerge en niños o adolescentes se caracteriza por períodos de incremento de la energía vital (manía o hipomanía), acompañados de distraibilidad, discurso acelerado, irritabilidad, grandiosidad, taquipsiquia, disminución de la necesidad de dormir, euforia o excitación. Aproximadamente la mitad de los casos presentan fuga de ideas, y un tercio de los casos hipersexualidad o síntomas psicóticos (Kowatch, 2005)

El diagnóstico de TB en niños y adolescentes, particularmente niños prepuberales, presenta un reto porque los criterios diagnósticos actuales están desarrollados para los adultos y tienen limitaciones cuando se aplican en esta franja de edad. La evidencia sobre fármacos y tratamientos del trastorno bipolar en niños y adolescentes es muy limitada. En la fecha de publicación de los trabajos que hemos revisado (antes de julio de 2006) el único medicamento que tiene indicación para el tratamiento de pacientes menores de 18 años con TB es el litio, que está autorizado para aquellos pacien-

tes con 12 o más años. Los principios generales del uso de fármacos en niños y adolescentes con TB incluyen el comenzar con dosis más bajas que en los adultos. Una estrecha monitorización es precisa puesto que los niños y los adolescentes son más propensos a los efectos adversos de la medicación, incluida la sedación, obesidad, síntomas extrapiramidales, cambios metabólicos e incremento de la prolactina.

9.4.2. Consideraciones especiales.

Los profesionales sanitarios que trabajan en servicios especializados en niños y adolescentes con TB deben:

- Familiarizarse con los protocolos nacionales y locales de confidencialidad y los derechos de la infancia.
- Asegurarse de que se obtiene el consentimiento apropiado, considerando la capacidad de comprensión del adolescente, el consentimiento de los padres, los principios generales de protección de la infancia, y el uso de protocolos pediátricos de intervenciones médicas.

Cuando se planifica el cuidado de los niños y adolescentes con trastorno bipolar, los profesionales sanitarios deben considerar:

- Los estresores y vulnerabilidades de sus entornos familiares, educativos y sociales, incluida la calidad de las relaciones interpersonales.
- El impacto de cualquier comorbilidad, tales como el déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los trastornos por ansiedad.
- El impacto del trastorno en su escolarización o desempeño social.
- Su vulnerabilidad a la explotación, por ejemplo, como consecuencia de las conductas desinhibidas.

Padres o cuidadores (y posiblemente otros miembros de la familia) deben implicarse en el desarrollo de planes de cuidados, debiendo dar consentimiento informado, soporte a las metas psicológicas del tratamiento, y ayuda para asegurar la adherencia al tratamiento.

A los niños y adolescentes se les deben ofertar consultas individuales con profesionales sanitarios, además de sesiones compartidas con sus familias o cuidadores.

9.4.3. Diagnóstico de trastorno bipolar I en niños y adolescentes.

Cuando se diagnostica TB I en niños o en adolescentes se deben aplicar los mismos criterios que en los adultos excepto que:

- La manía debe estar presente.
- La euforia debe estar presente la mayor parte de los días, la mayor parte del tiempo (al menos durante 7 días).
- La irritabilidad puede ser útil en el diagnóstico si ésta es episódica, severa o conduce a un deterioro funcional. Sin embargo no debe ser considerada como un criterio diagnóstico nuclear.

El TB I no debe ser diagnosticado sólo en base a un episodio depresivo mayor en un niño o adolescente con historia familiar de TB. Sin embargo, los adolescentes con antecedentes de depresión y antecedentes familiares de TB deben ser seguidos cuidadosamente.

9.4.4. Trastorno bipolar II en niños y adolescentes.

El TB II no debe ser diagnosticado habitualmente en niños o adolescentes, ya que los criterios diagnósticos no están bien establecidos.

9.4.5. Diagnóstico diferencial en niños y adolescentes.

La presencia de claros episodios de humor eufórico, inapropiado, y grandiosidad patológica, asociado a variaciones del estado de ánimo; debe ser considerado para distinguir el TB I de otras patologías como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o el trastorno de conducta.

La presencia de cambios de humor cíclicos debe emplearse para distinguir el trastorno bipolar de la esquizofrenia.

Antes de diagnosticar el trastorno bipolar I en niños o adolescentes, otras posibles explicaciones de las disfunciones conductuales y los síntomas deben ser consideradas, incluyendo:

- Abuso físico, emocional o sexual; si muestran desinhibición, hipervigilancia o hipersexualidad.
- La posibilidad de que el abuso de drogas o alcohol produzcan síntomas similares a los de la manía. En este caso, considerar el diagnóstico de trastorno bipolar sólo después de 7 días de abstinencia.
- Presencia de dificultades previas en el aprendizaje no diagnosticadas.
- Causas orgánicas como estados confusionales con excitación en niños con epilepsia, o la acatisia resultante de la medicación neuroléptica.

9.4.6. Niños y adolescentes con dificultades para el aprendizaje.

Cuando se diagnostica un TB I en un niño o en un adolescente con dificultades en el aprendizaje, se deben aplicar los mismos criterios que a los niños o adolescentes sin dificultades en el aprendizaje.

9.4.7. Niños y adolescentes con síntomas sub-umbrales de trastorno bipolar.

Si no es posible realizar un diagnóstico en un niño o en un adolescente con síntomas sub-umbrales de TB, estos pacientes deben ser seguidos cuidadosamente.

9.4.8. Métodos de evaluación para niños y adolescentes.

El diagnóstico de trastorno bipolar en niños y adolescentes debe ser realizado por un clínico con entrenamiento especializado en salud mental infanto-juvenil.

La evaluación debe incluir:

- Un detallado examen del estado mental basado en una entrevista individual con el niño.
- Una evaluación médica para excluir causas orgánicas.
- Posteriores evaluaciones neurológicas y neuropsicológicas si están indicadas.
- Un detallado historial del problema actual explicado por el niño, padres o cuidadores, y otros adultos significativos como los profesores.
- Un detallado historial del desarrollo general y del desarrollo neurológico, incluyendo el historial del nacimiento, desarrollo del habla y lenguaje, problemas conductuales o historia de abuso.

9.4.9. Tratamiento farmacológico de la manía aguda en niños y adolescentes.

Cuando se prescribe medicación para niños o adolescentes con un episodio maníaco agudo, las recomendaciones para adultos con TB deben ser seguidas, excepto en lo concerniente a que los fármacos deben ser iniciados a dosis más bajas. Además, en la etapa inicial:

- El peso y altura deben ser medidos (y monitorizados posteriormente con regularidad -por ejemplo, mensualmente durante 6 meses, y después cada 6 meses-).
- Los niveles de prolactina deben ser medidos.
- Cuando se valora el empleo de un antipsicótico, el riesgo de aumento de los niveles de prolactina con la *risperidona* y la ganancia de peso con la *olanzapina*, deben ser tenidos en cuenta.
- Cuando hay una inadecuada respuesta a un antipsicótico, el añadir *litio* o *valproato* debe ser valorado. El *valproato* generalmente debe ser evitado en adolescentes y mujeres jóvenes por los riesgos durante el embarazo, así como el riesgo de desarrollar síndrome de ovario poliquístico.

9.4.10. Fármacos y psicoterapias para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes.

Los niños y adolescentes con TB que experimentan síntomas depresivos leves no susceptibles de tratamiento inmediato, deben ser monitorizados semanalmente y se les debe proporcionar apoyo adicional, por ejemplo en el hogar o en el entorno escolar.

Los niños y adolescentes con síntomas depresivos que precisen tratamiento normalmente deben ser seguidos por clínicos especializados (servicios especializados en salud mental de niños y adolescentes con trastornos complejos o persistentes; el *staff* debe incluir psiquiatras infanto-juveniles, psicólogos clínicos y diplomados en enfermería). El tratamiento debe ser similar al del TB en adultos, salvo que la psicoterapia estructurada debe ser programada de manera complementaria a la medicación profiláctica.

Si la depresión no responde a la psicoterapia asociada a psicofármacos profilácticos en un plazo de 4 semanas, los prescriptores deben considerar:

- Añadir *fluoxetina*, empezando por 10 mg por día, y aumentando a 20 mg diarios si fuera necesario.
- Emplear un ISRS alternativo (*sertralina* o *citalopram*) si no se produce respuesta a la *fluoxetina*.

Si todavía no se produce respuesta, el asesoramiento debe ser proporcionado por un especialista en trastornos afectivos.

En los adolescentes más maduros con síntomas depresivos, las recomendaciones de tratamiento de la depresión en adultos con TB deben ser seguidas.

9.4.11. Tratamiento a largo plazo de niños y adolescentes.

El tratamiento debe ser como el de los adultos con trastorno bipolar excepto en:

- El empleo como agente profiláctico de primera línea de un antipsicótico atípico que se asocie con bajo incremento de peso y ausencia de elevación de la prolactina.
- El *litio* debe ser considerado como un agente profiláctico de segunda línea en pacientes del sexo femenino; y el *litio* o el *valproato* como agentes de segunda línea en pacientes varones.
- Los padres y cuidadores deben recibir asesoramiento para ayudar al paciente a mantener un estilo de vida normalizado.
- El colegio debe recibir asesoramiento (con el permiso del paciente y de los adultos responsables), en el manejo del paciente con TB.

9.4.12. Servicios hospitalarios para niños y adolescentes.

La admisión como paciente ingresado en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica o en Hospital de Día, o un tratamiento comunitario más intensivo; debe ser una alternativa terapéutica a tener en cuenta en niños y ado-

lescentes con riesgo de suicidio o con otros riesgos graves. Dichos cuidados deben ser proporcionados en unidades especializadas, diseñadas específicamente para niños y adolescentes; y que permitan cubrir adecuadamente sus necesidades personales, sociales y educativas.

Los trastornos conductuales severos en niños y adolescentes con TB deben ser manejados con los mismos criterios terapéuticos que en los adultos, excepto con la salvedad de que la tranquilización rápida con *haloperidol* no se recomienda, por el mayor riesgo de efectos secundarios de tipo extrapiramidal.



Tablas

10

Tabla 1

CIE 10	DSM-IV-TR
F30.0 Hipomanía	F31.9 Trastorno bipolar no especificado
F30.1 Manía sin síntomas psicóticos	F30.1 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos: (*)
F30.20/21 Manía con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	F30.2 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo: (*)
F30.8 Otros episodios maníacos	
F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco	F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco (**)
F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual hipomaníaco (***)	
F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos	F31.1 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos (*, **)
F31.20/21 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	F31.2 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo(*, **)
F31.30/31 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado sin/con síntomas somáticos	F31.3 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo leve/moderado; con síntomas melancólicos: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (*, **, ***)
F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	F31.4 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo grave sin síntomas psicóticos; con síntomas melancólicos: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (*, **, ***)
F31.50/51 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo	F31.5 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo grave con síntomas psicóticos congruentes/no congruentes con el estado de ánimo: (*, **, ***) F31.8 Trastorno bipolar II, episodio actual depresivo, (*, **, ***)
F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto	F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (*, **)
F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión	F30.81 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único; en remisión parcial/total: (*) F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco, en remisión parcial/total (*, **, ***) F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, en remisión parcial/total (*, **, ***)
F31.8 Otros trastornos bipolares	
F31.9 Trastorno bipolar sin especificación	F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado (**)
F38.00 Episodio de trastorno del humor mixto	F30.1/2 Trastorno bipolar I, episodio maniaco único; mixto: (*)

Nota

(*): indica la posibilidad de especificar con síntomas catatónicos y de inicio en el post-parto.

(**): indica la posibilidad de especificar de si hay o no recuperación interepisódica, si hay un patrón estacional o si hay ciclos rápidos.

(***): indica la posibilidad de especificar si hay síntomas atípicos o si es crónico.

Se puede comprobar que en algunos casos diagnósticos del DSM-IV TR pueden ser incluidos en más de una categoría dentro del CIE 10, como por ejemplo los diferentes trastornos bipolares en remisión, o como el trastorno bipolar II entra en diferentes categorías del CIE 10.

Tabla 2

Tabla 2. Controles para pacientes con trastorno bipolar						
Monitorización para todos los pacientes Monitorización para fármacos						
Pruebas	Examen inicial	Examen anual	Antipsicóticos	Litio	Valproato	Carbamazepina
Función tiroidea	Si	Si ^a		Al principio y cada 6 meses; más a menudo si hay deterioro evidente		
Función hepática	Si				Al inicio y a los 6 meses	Al inicio y a los 6 meses
Función renal	Si			Al principio y cada 6 meses; más a menudo si hay deterioro evidente o el paciente comienza a tomar drogas como IECA, diuréticos o AINES		Urea y electrolitos cada 6 meses
Recuento hematológico	Si			Solo si hay indicación clínica	Al inicio y a los 6 meses	Al inicio y a los 6 meses
Glucosa (plasma)	Si	Si	Al inicio y a los 3 meses (y al mes si toma olanzapina); más a menudo si hay niveles elevados			
Perfil lipídico	Si	Solo por encima de los 40 años	Al inicio y a los 3 meses; más a menudo si hay niveles elevados			
Presión arterial	Si	Si				
Prolactina	Solo niños y adolescentes			Risperidona solo; al inicio y si hay síntomas de aumento de prolactina		
ECG	Si la historia o el cuadro clínico lo sugieren		Al inicio si hay factores de riesgo y/o existe enfermedad cardiovascular	Al inicio si hay factores de riesgo y/o existe enfermedad cardiovascular		

Tabla 2. Controles para pacientes con Trastorno Bipolar (cont.)

Pruebas	Examen Inicial	Examen anual	Antipsicóticos	Litio	Valproato	Carbamazepina
Peso y talla	Si	Si ^b	Al inicio y cada 3 meses el primer año; más a menudo si el paciente gana peso rápidamente	Al inicio y cuando sea necesario si el paciente gana peso rápidamente	Al inicio y a los 6 meses si el paciente gana peso rápidamente	Al inicio y a los 6 meses si el paciente gana peso rápidamente
Desplazaje de drogas y Rx. de tórax	Si la historia o el cuadro clínico lo sugieren					
Monitorización para todos los pacientes Monitorización para fármacos						
Pruebas	Examen Inicial	Examen anual	Antipsicóticos	Litio	Valproato	Carbamazepina
EEG, RMN, TAC	Si se sospecha etiología orgánica o comorbilidad					
Tabaco/alcohol	Si	Si				
Niveles séricos			1 semana después del inicio y 1 semana después de cada cambio de dosis hasta niveles estables. Después - cada 3 meses (rango terapéutico: 0.6 y 1 mmol/l/l)	Solo si hay pruebas de falla de eficacia, sobre adherencia o toxicidad (rango terapéutico: 50-125 mg/ml).	Cada 6 meses y 5 días después de cada cambio de dosis (rango terapéutico 4-12 mg/ml). ^c	

Para pacientes con lamotrigina, hacer un control anual, pero no son necesarias pruebas especiales.

^a Cada 6 meses para cicadores rápidos, además están indicados niveles de anticuerpos tiroideos, por ejemplo con pruebas de función tiroidea.

^b Para niños y adolescentes; mensualmente durante 6 meses, después cada 6 meses.

^c Notese que los niveles terapéuticos y tóxicos de carbamazepina están cercanos.

Tabla 3-I. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar

	Indicaciones	Dosis	Suspensión de la medicación
Litio	Manía pura. Profilaxis en el Trastorno Bipolar Trastornos depresivos recurrentes	Inicio con carbonato de litio 400mg/día ^a en 3 tomas. Ajustar dosis a litemias entre 0.6 y 1 mmol/l (rango terapéutico). Dosis media de 800-1.200 mg/día. De forma rutinaria, no debe ser iniciado en atención primaria.	El litio debe suspenderse gradualmente, en al menos 4 semanas, y preferiblemente en un periodo de más de 3 meses, en particular si el paciente tiene historia de recaídas de episodios maniacos (aunque haya iniciado otro agente antimaniaco). Cuando el tratamiento con litio es suspendido, o interrumpido bruscamente, se debe considerar el cambio a monoterapia con un antipsicótico atípico o valproato y monitorizar de cerca signos precoces de manía o depresión
Valproato	De segunda elección después del litio, en el tratamiento agudo de los episodios de manía y en cicladores rápidos. Como tratamiento de mantenimiento en pacientes refractarios al litio, en combinación con éste, especialmente en episodios mixtos o en cicladores rápidos.	Ambulatoriamente iniciar con 250 mg/8 horas, aumentando 250 a 500 mg/día cada pocos días, hasta alcanzar un nivel sérico de 50-125 mg/ml. La dosis máxima (en una o dos veces), es de 60 mg/kg/día. De forma rutinaria, no debe ser iniciado en atención primaria.	Al suspender el valproato, la dosis debe reducirse gradualmente en al menos 4 semanas, para minimizar el riesgo de desestabilización
Olanzapina	Tratamiento de los síntomas psicóticos del trastorno bipolar. Tratamiento agudo en episodio maniaco, asociado al litio o al valproato. En cicladores rápidos que no se controlan con litio y/o valproato, se puede combinar uno de ellos con un antipsicótico. Prevención de recurrencias en la enfermedad bipolar	En los pacientes ambulatorios comenzar con dosis bajas: 5 a 10 mg/día. La dosis máxima es de 25 mg/día y la media es de 15 mg/día	Los antipsicóticos deben ser suspendidos gradualmente: en al menos 4 semanas, si el paciente continúa con otra medicación, o en un periodo de más de 3 meses si no continúa con otra medicación o tiene una historia de recaídas de episodios maniacos.
Carbamazepina	En episodios maniacos o mixtos añadida al tratamiento de elección, cuando este no logre controlar los síntomas. Como alternativa al litio y valproato, en la fase de mantenimiento.	Rango: 200-1600 mg/día en 3-4 tomas. En hospitalizados: 200 mg/día hasta 800-1000 mg/día según tolerancia y respuesta. En ambulatorios hacer más lentos. Mantenimiento: 1000 mg/día de media. Para tratamientos a largo plazo consultar a un especialista.	Al suspender la carbamazepina, la dosis debe reducirse gradualmente en al menos 4 semanas, para minimizar el riesgo de desestabilización
Lamotrixina	Prevención de los episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar	Inicio: 25 mg/día las dos primeras semanas. Continuar con 50 mg/día las dos semanas siguientes. Luego aumentar 50 mg/semana según la respuesta clínica. Dosis habitual: entre 100 y 400 mg/día. De forma rutinaria, no debe ser iniciado en atención primaria.	Al suspender la lamotrigina, la dosis debe reducirse gradualmente en al menos 4 semanas, para minimizar el riesgo de desestabilización

^a En España sólo está comercializada una presentación de 400 mg. ranurable

Tabla 3-II. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar

	Efectos Secundarios	Actitud ante los efectos secundarios
Litio	Poliuria y polidipsia Diabetes insípida nefrogénica	Administrar el litio en una sola dosis nocturna. Hidratación, amilorida 5mg./12h y disminuir la dosis de litio.
	Temblor	Disminuir dosis de litio y atenolol 25mg./12h
	Trastornos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea)	Administrar el litio con las comidas o cambiar a citrato de litio
	Problemas cognitivos (falta de concentración, deterioro memoria..)	Disminuir dosis de litio
	Hipotiroidismo	Levotiroxina.
	Raramente hiperparatiroidismo.	
	Lesiones cutáneas (psoriasis, acné pustuloso grave)	Tratamiento dermatológico. Puede ser necesario suspender el litio.
	Valproato	Frecuentes: Gastrointestinales (náuseas, vómitos..). Temblor, sedación, osteoporosis, ≠ transaminasas. Menos frecuentes: Caída del pelo. ≠de apetito y peso. Alteraciones sanguíneas (leucopenia y trombopenia). Raros e Idiosincrásicos: Pancreatitis. Agranulocitosis. Insuficiencia hepática.
Olanzapina	Frecuentes: Somnolencia. Mareos por hipotensión ortostática. Aumento de apetito y peso. Anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento). Menos frecuentes: Extrapiramidales (acatisia, discinesias, parkinsonismo). Convulsiones. Aumento de prolactina, glucosa y transaminasas. Graves: Síndrome neuroléptico maligno.	Aumento progresivo de dosis y disminución si es necesario. Normalmente no es necesario el tratamiento porque se desarrolla tolerancia, salvo en los graves
Carbamazepina	Frecuentes: Diplopía, visión borrosa, fatiga. Náuseas, vómitos, aumento de peso. Menos frecuentes: Erupciones cutáneas, leucopenia y trombocitopenia leves, hiponatremia, elevación leve de las enzimas hepáticas, Ø de tiroxina y Ø cortisol. Graves y raros: agranulocitosis, anemia aplásica, insuficiencia hepática, dermatitis exfoliativa y pancreatitis.	En los efectos secundarios leves: Reducción de dosis. En los graves: suspensión del tratamiento.
Lamotrixina	Frecuentes: cefalea, náuseas, erupción cutánea leve, somnolencia, agitación, vértigo, artralgias y dolor de espalda. Menos frecuentes: infección y xerostomia Graves y raros: síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica.	El aumento progresivo de las dosis en varias semanas, minimiza los efectos secundarios. En caso de aparición de erupción cutánea es necesaria la evaluación urgente por un médico.

Tabla 3-III. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar

	Interacciones	Toxicidad
Litio	Aumentan los niveles de litio: Ejercicio, dieta pobre en sal, AINES, IECAS y diuréticos	Signos iniciales (litemia superior a 1.5 mEq/l): Temblor intenso, náuseas, diarrea, visión borrosa, vértigo, aumento de reflejos. Con litemia superior a 2.5 mEq/l: convulsiones, arritmias y deterioro neurológico permanente. Tratamiento: equilibrio hidroelectrolítico, lavado gástrico o inducción de vómito si consciencia. Hemodiálisis.
Valproato	Desplaza a los fármacos altamente unidos a proteínas plasmáticas. Inhibe el metabolismo de la lamotrigina, por lo que al asociarla hay que disminuir la dosis inicial de esta a la mitad.	Rango terapéutico amplio, por lo que la sobredosis inadvertida es infrecuente. Signos de sobredosis son: bloqueo cardíaco, somnolencia y coma. Tratamiento de la sobredosis: hemodiálisis.
Olanzapina	Su metabolismo puede inducirse por la carbamazepina. El carbón activado reduce su biodisponibilidad hasta un 50 o 60%.	No se indican dosis superiores a 25 mg/día
Carbamazepina	Ø los niveles de: valproato, lamotrigina, anticonceptivos, benzodiazepinas, anti-psicóticos y anti-depresivos. Ø de los niveles de carbamazepina con: fluoxetina, fluvoxamina, cimetidina, algunos antibióticos y antagonistas del calcio.	Signos Inminentes: mareo, ataxia, sedación y diplopia. Sobredosis: nistagmo, oftalmoplejía, signos cerebelosos y extrapiramidales, Ø nivel de conciencia, convulsiones, disfunción respiratoria e incluso muerte. El tratamiento: medidas sintomáticas, lavado gástrico y hemoperfusión según la gravedad.
Lamotrixina	Con valproato los niveles plasmáticos de lamotrigina pueden aumentar hasta el doble por lo que se ha de disminuir las dosis de esta a la mitad. Con carbamazepina las dosis de lamotrigina deberán doblarse, por el incremento de metabolización inducida por la carbamazepina.	En sobredosificación: nistagmo, ataxia, alteración de la conciencia y coma. El tratamiento será el ingreso hospitalario, lavado gástrico y las medidas de soporte vital adecuadas.



Anexos

11

Anexo 1. Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.

El trastorno esquizoafectivo es un cuadro en el que se presentan simultáneamente o en rápida secuencia síntomas y signos afectivos (tanto maníacos como depresivos de intensidad cuando menos moderada) y síntomas propios de la esquizofrenia. Es un cuadro de difícil filiación y sería criterio de derivación para los servicios especializados.

Anexo 2. Alucinaciones o ideas delirantes que no cumplen criterios de esquizofrenia.

Los síntomas mencionados son los siguientes:

G1 Cuando menos 1 de los siguientes.

- A** Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- B** Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- C** Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí verbo de la persona o otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- D** Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura de la persona y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos.

G2 Cuando menos 2 de los siguientes:

- A** Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas no muy estructuradas y fugaces, sin con-

tenido afectivo claro, o de ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante por lo menos 1 mes.

- B** Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- C** Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
- D** Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y de la vivencia afectiva o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que pueden llevar al aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a la depresión o a la medicación neuroléptica.

Anexo 3. Criterios DSM IV-TR.

3.1. Episodio Depresivo.

- A** Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser el primero o el segundo.
 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica la propia persona o por la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere la propia persona u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso. En los niños hay que considerar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de desasosiego o estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, que pueden ser delirantes, casi cada día (y no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, no sólo el temor a la muerte; ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.
- D** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.
- E** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un dolor, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3.2. Episodio Maníaco.

- A** Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente levado, expansivo o irritable, que dura por lo menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B** Durante el período de alteración del estado de ánimo persistieron tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y hubo en un grado significativo:
1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 5. Distrabilidad (la atención se desvía fácilmente frente a estímulos externos banales o irrelevantes).
 6. Aumento de la actividad intencionada, ya sea socialmente, en el trabajo o en los estudios o sexualmente; o agitación psicomotora.
 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (lirse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- C** Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- D** La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo y a los demás o hay síntomas psicóticos.

- E** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una dolencia médica.

3.3. Episodio Mixto.

- A** Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco, como para un episodio depresivo mayor, excepto la duración casi cada día durante por lo menos un período de 1 semana.
- B** La alteración del estado de ánimo es lo suficientemente grave como para provocar un importante deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo y a los demás o hay síntomas psicóticos.
- C** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una dolencia médica.

3.4. Episodio Hipomaniaco.

- A** Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante por lo menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B** Durante el período de alteración del estado de ánimo, persistieron tres o más de los siguientes síntomas, cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable, y hubo en un grado significativo:
 1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
5. Distrabilidad.
6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves, por ejemplo, liarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas.

C El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico de la persona cuando está asintomático.

D La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E El episodio no es lo suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F Los síntomas no son por causa de los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni de una dolencia médica.

3.5. Trastorno Bipolar I, episodio maníaco único.

A Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores

B El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar

- Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.
- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.
- Con síntomas catatónicos.
- De inicio en el período postparto.
- En remisión parcial, en remisión total.
- Con síntomas catatónicos.
- De inicio en el posparto.

3.6. Trastorno Bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco.

- A** Actualmente el más reciente está en un episodio hipomaníaco.
 - B** Previamente se presentó cuando menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
 - C** Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D** Los episodios afectivos en los criterios A o B no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica).

- Con patrón estacional sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores.
- Con ciclos rápidos

3.7. Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco.

- A** Actualmente es el más reciente en un episodio maníaco.
 - B** Previamente se presentó cuando menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.
 - C** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio en el post-parto.
 - En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio en el post-parto.
 - Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepi-sódica).
 - Con ciclos rápidos.

3.8. Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.

- A** Actualmente, el más reciente, en un episodio mixto.
 - B** Previamente se presentó cuando menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.
 - C** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio en el post-parto.
 - En remisión parcial, en remisión total.
 - Con síntomas catatónicos.
 - De inicio en el post-parto.
 - Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica).
 - Con ciclos rápidos.

3.9. Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.

- A** Actualmente, o el más reciente, en un episodio depresivo mayor.
- B** Previamente se presentará un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos

a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el post-parto.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el post-parto.
- Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepi-sódica).
 - Con patrón estacional.
 - Con ciclos rápidos.

3.10. Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.

- A** Actualmente, o en el más reciente, se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, hipomaniaco, mixto o episodio depresivo mayor.
 - B** Previamente se presentará un episodio maníaco o un episodio mixto.
 - C** Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativos o un deterioro social, laboral o de otras áreas que son importantes para la persona.
 - D** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
 - E** Los síntomas de A y B no son debidos al consumo de sustancias o no son por dolencias médicas.
- Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica).
 - Con patrón estacional.
 - Con ciclos rápidos.

3.11. Trastorno Bipolar II.

- A** Presencia o historia de uno o más episodios depresivos mayores.
- B** Presencia o historia de por lo menos un episodio hipomaniaco.
- C** No hubo ningún episodio maníaco ni mixto.

- D** Los episodios afectivos en los criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E** Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas que son importantes para la persona.
- F** Especificar el episodio más reciente : hipomaniaco o depresivo.
- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el post-parto.
- En remisión parcial, en remisión total.
 - Crónico
 - Con síntomas catatónicos.
 - Con síntomas melancólicos.
 - Con síntomas atípicos
 - De inicio en el post-parto.
- Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepi-sódica).

- Con patrón estacional.
- Con ciclos rápidos.

Anexo 4. Escala autoaplicada de manía de Altman.

Aunque el diagnóstico es especialmente clínico, hay un cuestionario como la escala autoaplicada de manía de Altman que la persona cubre. Este cuestionario (*Alvarez Mas et al., 2005*) mostró correlaciones entre 770 y 747, con otros instrumentos. Con un punto de corte de 5 una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 89, aunque el tamaño de los grupos empleados no era muy grande.

En las heteroaplicadas, más cerca de la práctica clínica, están la de Young, la de Altman y la de Young (la más usada en su medio).

Se pueden encontrar estas escalas en *Bobes et al (2002)*.



Bibliografía

12

- 1 ALVAREZ MAS, P.; BENAVENT RODRÍGUEZ, P.; GARCÍA VALLS, J.M.; LIVIANOS ALDANA, L. & ROJO MORENO, I. (2005): Traducción y adaptación de la Altman Self-Rating mania Scale al ámbito español. *Psiquiatría Biológica*, 33(3), 180-187
- 2 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA): Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002 Apr;159(4 Suppl):1-50. [Texto resumido NCG] PubMed]
- 3 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2003). *Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos: Compendio 2003*. Barcelona: Ars Medica.
- 4 AMSTERDAM D, BWNWICK DI. Antidepressant monotherapy for bipolar type II majordepression. *Bipolar Disord* 2003;5(6):388 95.
- 5 BALDESSARINI, R.J. & TONDO, L. (2003) Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1517-1519.
- 6 BOBES, J et al (2002): Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica (2ª edición). Ars Médica. Madrid (España).
- 7 BOWDEN CL CALABRESEJR, MCELROY SL GYULAI L WASSEF A, PETTY F, et al. A randomized, placebo-controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(5):481 9.
- 8 BOWDEN CL CALABRESEJR, SACHS G, YATHAM LN, ASGHAR SA, HOMPLAND M, et al. A placebo-control led 1 8-month trial of lamotngine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):392-400.
- 9 BROWN ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J Clin Psychiatry*. 2006 Aug;67(8):e05.
- 10 BURGESS 5, GEDDESJ, HAWTON K, TOWNSEND E,.
- 11 CALABRESE R, BOWDEN CL, SACHS G, YATHAM LN, BEHNKE K, MEHTONEN OP, et al. A placebo-controlled 1 8-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder.*J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1 013 24
- 12 CALABRESE, J., SHELTON, M.D., RAPPOR, D.L., et al. (2002) Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 18-22. Calabrese, J.R., Suppes, T., Bowden, C.L., et al. (2000) A double-blind, placebocontrolled, prophylaxis study of lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder. Lamictal 614 Study Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 841-850.
- 13 CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder : consensus and controversies. *Bipolar Disorders* 2005; 7(Suppl. 3): 5-69 [Texto completo]
- 14 CERECEDO, M.J. COMBARRO, J. MUÑIZ, S. RODRIGUEZ-ARIAS, J.L. (2006) Guía Clínica de Trastorno Bipolar en www.fisterra.com
- 15 CIPRIANI, A., PRETTY, H., HAWTON, K., et al. (2005) Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819.
- 16 COLOM F, VIETA E, MARTINEZ ARAN A, REINARES M, BENABARRE A, GASTO C. Clinical factors associated with treatment non-compliance in euthymic bipolar patients. *JClin Psychiatry* 2000;61 (8):549 55.
- 17 COLOM F, VIETA E, MARTINEZ ARAN A, REINARES M, GOIKOLEAJM, BENABAAE A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(4):402 7.

- 18 COLOM, F., VIETA, E., MARTINEZ-ARAN, A., et al. (2003a) A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- 19 COXHEAD N, SILVERSTONET, COOKSON J. Carbamazepine versus lithium in the prophylaxis of bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scand inavica*. 1 992;85(2):1 14 118.
- 20 DAVIS JM, JANICAK PG, HOGAN DM. Mood stabilizers in the prevention of recuaent affective disorders: a meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;1 00(6):406-41 7.
- 21 DENICOFFKD, SMITH JACKSON EE, DISNEY ER, ALISO, LEVERICHGS, POSTRM. Comparative prophylactic efficacy of lithium, carbamazepine, and the combination in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1 997;58(1 1):470-8.
- 22 DOMINIC H. LAM, PH.D., PETER HAYWARD, PH.D., EDWARD R. WATKINS et cols: "Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years", *Am J Psychiatry* 162:324-329, February 2005.
- 23 DUNNER, D.L., FLEISS, J.L. & FIEVE, R.R. (1976) Lithium carbonate prophylaxis failure. *British Journal of Psychiatry*, 129, 40-44.
- 24 EVIDENCE-BASED GUIDELINES FOR TREATING BIPOLAR DISORDER : RECOMMENDATIONS FROM THE BRITISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY. *J PSYCHOPHARMACOL* 2003; 17(2):149-173 [PubMed] [Texto completo]
- 25 FAEDDA G L, TONDO L BALDESSARINI RJ, SUPPES T, et al. Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1 993;50(6):448-455.
- 26 FRANK E, (2005) Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. (eng: includes abstract). *Archives Of General Psychiatry [Arch Gen Psychiatry]*, Sep; Vol. 62 (9), pp. 996-1004.
- 27 FRANKENBURG 2002: Divalproex Sodium of Women with personality disorder and bipolar II disorder. A double-blind placebo controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63 (5), 442-446.
- 28 GEDDESJR, BURGESS 5, HAWTON K, JAMISON K, GOODWIN GM. Long term lithium therapyfor bipolar disorder systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *AmJ Psychiatry* 2004;1 61 (2):21 722.
- 29 GITLIN, M.J., SWENDSEN, J., HELLER, T.L., et al. (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- 30 GOLDBERGJF, TWMAN CI. Antidepressant induced mania: an overview of cuent controversies. *Bipolar Disord* 2003;5(6):407 20.
- 31 GOLDSTEIN BI, HERRMANN N, SHULMAN KI. Comorbidity in bipolar disorder among the elderly: results from an epidemiological community sample. *Am J Psychiatry*. 2006 Feb;163(2):319-21.
- 32 GOODWIN, F.K. (1994) Recurrence of mania after lithium withdrawal. Implications for the use of lithium in the treatment of bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 149-152
- 33 GREIL W, KLEINDIENST N. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar II disorder and bipolar disorder not otherwise specified. *IntClin Psychopharmacol* 1999;14(5):283 5.
- 34 GREIL W, KLEINDIENST N. The comparative prophylactic efficacy of lithium and carbamazepine in patients with bipolar I disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1 999;14(5):277 81.
- 35 GREIL W, LUDWIG MAYERHOFERW, ERAZO N, SCHOECHLIN C, SCHMIDTS, ENGEL RR, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders: a randomised study. *Journal of Affective Disorders*. 1 997;43(2):1 511 61.

- 36 GREIL W, LUDWIG MAYERHOFER W, ERAZO N, SCHOECHLIN C, SCHMIDT S, ENGEL RR, et al. Lithium versus carbamazepine in the maintenance treatment of bipolar disorders: a randomized study. *Journal of Affective Disorders*. 1997;43(2):1 511 61.
- 37 GRUPO MBE GALICIA. ¿Cómo hacer una Revisión Clínica con fuentes MBE? [Internet]. A Coruña : Casitérides; 2007 [acceso 20/10/2007]. Disponible en : http://www.fistera.com/mbe/mbe_temas/revClinica/revClinica.asp
- 38 HAMMEN, C., GITLIN, M. & ALTSHULER, L. (2000) Predictors of work adjustment in bipolar I patients: a naturalistic longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 220–225.
- 39 HARTONG EG, MOLEMAN P, HOOGDUIN CA, BROEKMAN TG, NOLEN WA. Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment naïve bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(2):144 51.
- 40 HAYNES, R.B., MCDONALD, H., GARG, A.X. Y MONTAGUE, P. (2005). "Intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con las prescripciones de medicamentos" (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- 41 JENSEN HV, PLENGE P, MELLEWP ET, DAVIDSEN K, TOFTEGAARD L, AGGERNAES H, et al. Lithium prophylaxis of manic depressive disorder daily lithium dosing schedule versus every second day. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(1):69 74.
- 42 JOSEPH R. CALABRESE, M.D., MELVIN D. SHELTON et cols : "A 20-Month, Double-Blind, Maintenance Trial of Lithium Versus Divalproex in Rapid-Cycling Bipolar Disorder" *Am J Psychiatry* 162:2152-2161, November 2005
- 43 KELLER MB, LAVORI PW, KANEJM, GELENBERG AJ, ROSENBAUMJF, WALZER EA, et al. Subsyndromal symptoms in bipolar disorder A comparison of standard and low serum levels of lithium. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(5):371 6.
- 44 KETTER TA HOUSTON JP, y cols (2006): Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients with bipolar disorder based on number of previous manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatry*, 67, 95-101.
- 45 KLEINDIENST N, GREIL W. Inter episodic morbidity and drop out under carbamazepine and lithium in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Psychol Med* 2002;32(3):493 501.
- 46 KOWATCH RA, YOUNGSTROM EA, DANIELYAN A, FINDLING RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord*. 2005 Dec;7(6):483-96.
- 47 LAM DH, WATKINS ER, HAYWARD P, BRIGHTI, WRIGHT K, KEA N, et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):1 45 52.
- 48 LAM, D.H., BRIGHT, J., JONES, S., et al. (2000) Cognitive therapy for bipolar illness: a pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 503–520.
- 49 LIEBERMAN, J. A., STROUP, T.S., MCEVOY, J.P., et al. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1223.
- 50 LUSZNAZ RM, MUTPHY DP, NUNN CM. Carbamazepine vs lithium in the treatment and prophylaxis of mania [comment]. *British Journal of Psychiatry*. 1988;153:198 204.
- 51 MACKIN, P. & YOUNG, A.H. (2005) Bipolar disorders. In *Core Psychiatry* (eds P. Wright, J. Stern, M. Phelan). Edinburgh: Elsevier Saunders
- 52 MACRITCHIE K, GEDDES JR, SCOTT J, HASLAM D, DE LIMA M, GOODWIN G: Valproato para los episodios agudos del estado de ánimo del trastorno bipolar. *Biblioteca Cochrane Plus*, nº 3, 2006

- 53 MACRITCHIE, K., GEDDES, J.R., SCOTT, J., HASLAM, D., DE LIMA, M. Y GOODWIN, G. (2005). "Valproato para los episodios agudos del estado de ánimo del trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida)". *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2005, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 54 MANDER AJ, LOUDON JB. Rapid recurrence of mania following abrupt discontinuation of lithium. *Lancet*. 1 988;2(8601):15 7.
- 55 MCCLELLAN J, KOWATCH R, FINDLING RL. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jan;46(1):107-25.
- 56 MIKLOWITZ DI, SIMONEAU IL GEORGE EL, RICHARDSJA, KALBAGA, SACHS-ERIC.SSON N, et al.: Family focused treatment of ipolardi-order: 1 Year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48(6):582 592.
- 57 MIKLOWITZ DJ, GEORGE EL, RICHARDS JA, SIMONEAU TL, SUDDATH RL. A randomized study of family focused psychoeducation and phamiacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(9):904-1 2.
- 58 MILEV R, ABRAHAM G, ZAHEER J. Add-on quetiapine for bipolar depression: a 12-month open-label trial. *Can J Psychiatry*. 2006 Jul;51(8):523-30.
- 59 MORSELLI, P.L., ELGIE, R. & GAMIAN-EUROPE (2003) GAMIAN-Europe/BEAM survey I: global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorder*, 5, 265–278.
- 60 NICE: Bipolar Disorder: The management of Bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care (Full guideline). DRAFT of second consultation, February 2006.
- 61 NICE: (Clinical Guideline 38) Bipolar Disorder. (The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care). July, 2006-11-22 [Internet]. NICE: July 2006 [acceso 20/10/2007]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG38>
- 62 OKUMAT, YAMASHITA I, TAKAHASHI R, ITOH H, et al. Comparison of the antimanic efficacy of carbamazepine and lithium carbonate by double-blind controlled study. *Pharmacopsychiatry*. 1990;23(3):143 150.
- 63 OSBY, U., BRANDT, L., CORREIA, N., et al. (2001) Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, 58, 844–850.
- 64 PAE CU, KIM TS, KIM JJ, LEE SJ, LEE CU, LEE C, PAIK IH. Long-term treatment of adjunctive quetiapine for bipolar mania. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005 Jun;29(5):763-6.
- 65 PERRY A (1999), TARRIER N, MORRISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment ; *BMJ* ;31 8(71 77):1 49 53.
- 66 PLACIDI GF, LENZI A, LAZZERINI F, CASSANO GB, AKISKAL HS. The comparative efficacy and safety of carbamazepine versus lithium: a randomized, double- blind 3 year trial in 83 patients. *J Clin Psychiatry* 1 986;47(1 0):490-4.
- 67 Post RM, Kowatch RA. The health care crisis of childhood-onset bipolar illness: some recommendations for its amelioration. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jan;67(1):115-25.
- 68 PRIEN, R.F. & POTTER, W.Z. (1990) NIMH workshop report on treatment of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 409–427.
- 69 REA MM, TOMPSON MC, MIKLOWITZ DI, GOLDSTEIN MJ, HWANG 5, MINTZJ. Family focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder results of a randomized clinical trial. *J Consult & Cl in Psychol* 2003;71 (3):482 92.

- 70 RENDELL JM, GIJSMAN HJ, BAUER MS, GOODWIN GM, GEDDES JR: *Risperidona sola o combinada para la manía aguda*. Biblioteca Cochrane Plus, 2006, nº 3
- 71 SCOTT J, GARLAND A, MOORHEAD S. A pilot-study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 2001 ;31 (3):459-467.
- 72 SCOTT J, POPE M.: Nonadherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Cl in Psychiatry* 2002;63(5):384-90.
- 73 SCOTT JAN 2006: "Cognitive Behavioural Therapy for Severe and Recurrent Bipolar Disorders". *British J of Psychiatry*, 2006, 188, 313-320.
- 74 SIGN: Bipolar Affective Disorder. A National clinical Guideline. May, 2005.

(SIGN): 2005 May, 41 p. (SIGN publication: no. 82).[acceso 20/10/2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign82.pdf> [Resumen NGC]
- 75 SIMONEAULT, MIKLOWITZ DI, RICHARDSJA, SALEEM R, GEORGE EL: Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *J Abnorm Psychology* 1999;108(4):588-97.
- 76 SUPPES T, BALDESSARINI RI, FAEDDA GL, TOHEN M. Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1082-1088.
- 77 TOHEN et al.: "Randomized, placebo-controlled trial of Olanzapine as Maintenance Therapy in Patients with Bipolar I Disorder Responding to acute Treatment with Olanzapine", *Am J Psychiatry*, 2006, 163, 247-256.
- 78 TOHEN et al: Olanzapine Versus Lithium in the Maintenance Treatment of Bipolar Disorder: : A 12-Month, Randomized, Double-Blind, Controlled Clinical Trial — *Am J Psychiatry* ; 162 (7) 1281; July 2005.
- 79 VASUDEV K, MACRITCHIE K, GEDDES J, WATSON S AND YOUNG A: *Topiramato para el tratamiento de los episodios afectivos agudos del trastorno bipolar*. Biblioteca Cochrane Plus, 2006, nº 3
- 80 VISSER HM, VAN DENMAST RC, BLOM A. Bipolar disorder, antidepressants and induction of (hypo)mania: a systematic review. *Tijdschrift voon Psych iatrie* 2002;44(9):599-608.
- 81 ZAJECKA, J., WEISLER, R. & SACHS, G. (2002) A comparison of the efficacy, safety, and tolerability of divalproex sodium and olanzapine in the treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1148-1155.

Servizo Galego
de Saúde

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias
Guías, manuais, protocolos, procesos,
procedementos e normativa



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**