

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento del **TRASTORNO BIPOLAR**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **IMSS-170-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar**, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

F30 Trastornos afectivos F31.X Trastorno Bipolar GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Médico Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. División de Excelencia Clínica. CUMAE.
-------------------------------------	-----------------	--------------------------------------	---

Autores:

Dr. Alejandro Córdova Castañeda	Médico Psiquiatra		Adscrito a la UMAE Complementaria Hospital Psiquiátrico "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" CMN Siglo XXI. México DF
Dr. Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas	Médico Psiquiatra		Adscrito a la consulta externa HGO/UMF 13, México DF
Psicóloga Dulce María Rodríguez Galindo	Neuropsicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza., México DF
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Médico Familiar		Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. División de Excelencia Clínica. CUMAE.
Dr. Miguel Ángel Zamora Olvera	Médico Psiquiatra		Coordinador Médico de Programas. Coordinación de Programas Integrados de Salud

Validación Interna:

Dr. José Luis Esquinca Ramos	Médico Psiquiatra	Instituto Mexicano del Seguro Social	Adscrito a la consulta externa HGZ 24 "Insurgentes". México DF
Dr. Juan Pablo Fernández Hernández	Médico Psiquiatra		Adscrito a la consulta externa HGZ 27 "Dr. Alfredo Badallo García" México DF

Validación Externa:

Dra. Claudia Becerra Palars		Academia Mexicana de Medicina	
Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe		Consejo Mexicano de Psiquiatría AC	

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES.....	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 JUSTIFICACIÓN	7
3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.....	7
3.3 DEFINICIÓN	8
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	9
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA	10
4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	10
4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	10
4.2.1 DETECCIÓN.....	10
4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO.....	10
4.2.1.2 ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO BIPOLAR	11
4.2.2 DIAGNÓSTICO	11
4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	11
4.2.3 COMORBILIDAD DEL TRASTORNO BIPOLAR	13
4.2.3.1 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA.....	13
4.2.3.1 COMORBILIDAD NO PSIQUIÁTRICA	15
4.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR.....	15
4.2.4 COMPLICACIONES DEL TRASTORNO BIPOLAR.....	16
4.2.6 TRATAMIENTO.....	17
4.2.6.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	17
4.2.6.1.1 FASE AGUDA.....	17
4.2.6.1.2 HIPOMANÍA, MANÍA Y EPISODIOS MIXTOS (ALGORITMO 1)	18
4.2.6.1.3 EPISODIOS DEPRESIVOS (ALGORITMO 2).....	20
4.2.6.1.4 CICLOS RÁPIDOS	21
4.2.6.1.5 TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO (ALGORITMO 3)	22
4.2.6.1.6 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN MUJERES	23
4.2.6.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	23
4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	25
4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA	25
4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	25
4.3.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	26
4.3.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA	26
4.3.2.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.....	26
4.3.2.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	27
4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO.....	27
4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA	27
5. ANEXOS	28
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	28
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	29
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD	34
5.4 MEDICAMENTOS	37
5.5 ALGORITMOS.....	45
6. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	48
7. BIBLIOGRAFÍA.....	50
8. AGRADECIMIENTOS	52
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	53
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR	54
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	55

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO : IMSS-170-09	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico Familiar, Médico no Familiar (Psiquiatra y de otras especialidades) Licenciado en Psicología
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F31.X trastorno bipolar
CATEGORÍA DE GPC	Primero, Segundo o Tercer Nivel de Atención Prevención Educación para la Salud Detección Diagnóstico Tratamiento Vigilancia y Seguimiento Referencia y Contrarreferencia
USUARIOS POTENCIALES	Médico Familiar, Médico no Familiar (Psiquiatra y de otras especialidades) Psicólogo, Otros profesionales de la salud: Enfermeras, Trabajo Social y técnicos de salud mental
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Norte. HGO y UMF 13. UMAE Complementaria Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta. CMNSXXI Coordinación de Programas Integrados de Salud UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. CMN La Raza
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno bipolar
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Evaluación clínica completa médica y psicológica Prescripción de Psicofármacos Hospitalización Solicitud de interconsulta a otras especialidades Apoyo con Intervenciones Psicosociales
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Detección temprana Diagnóstico y Tratamiento oportuno y adecuado Incremento de adherencia terapéutica Disminución de recaídas Disminución de reingresos hospitalarios Disminución de complicaciones Reducción de costos de la atención Mejor Calidad de vida
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 50 Guías seleccionadas: 5 del periodo 2005-2008 Revisión sistemática y Metaanálisis:Ensayos ClínicosEstudios de CohorteEstudios de Casos y ControlesEstudios de Caso Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Validación Externa: Academia Mexicana de Medicina
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO IMSS-170-09 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

DEFINICIÓN

¿Cómo se define el trastorno bipolar?

EPIDEMIOLOGÍA

¿Cuál es la magnitud del problema de trastorno bipolar?

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- **DETECCIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con el trastorno bipolar?

¿Cuáles son las causas del trastorno bipolar?

- **DIAGNÓSTICO**

¿Cómo se hace el diagnóstico oportuno del trastorno bipolar?

¿Cuáles son los criterios clínicos para el diagnóstico?

¿Con qué otras patologías debe establecerse el diagnóstico diferencial?

¿Cuáles son las condiciones clínicas asociadas al trastorno bipolar?

¿Cuáles son las condiciones clínicas con las que se debe hacer el diagnóstico diferencial?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en el trastorno bipolar?

- **ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

- **FARMACOLÓGICAS**

¿Cuáles son los fármacos de primera línea para el control del trastorno afectivo en sus diferentes fases?

¿Cuáles son los fármacos de segunda línea para el control del trastorno afectivo en sus diferentes fases?

¿Cuáles son las estrategias farmacológicas para la mujer con trastorno bipolar durante el embarazo y la lactancia?

- **NO FARMACOLÓGICAS**

PSICOTERAPÉUTICAS

¿Cuáles son las estrategias psicoterapéuticas más efectivas para el tratamiento del paciente con trastorno bipolar en la fase de mantenimiento?

SOCIOTERAPÉUTICAS

¿Cuáles son estrategias socioterapéuticas más efectivas para el tratamiento del paciente con trastorno bipolar en la fase de mantenimiento?

PSICOEDUCATIVAS

¿Cuáles son las estrategias psicoeducativas para el paciente y la familia con trastorno bipolar más efectivas para la adherencia terapéutica, la contención no hospitalaria, disminución de las recaídas y las rehospitalizaciones en las diferentes fases?

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

¿Cuáles son las recomendaciones para el manejo a largo plazo del paciente y la familia con trastorno bipolar?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El trastorno bipolar (TB) es una de las seis causas principales de años vividos con discapacidad. (OMS, 2004) A nivel mundial se estima una prevalencia de 0.2 a 1.6 % (Encuesta Nacional de Psiquiatría, 2003) afectando a hombres y mujeres de igual forma. La remisión de todos los síntomas ocurre en el 26% de los pacientes y la recuperación de la funcionalidad puede ocurrir hasta en el 24%. El 10-19% de estos pacientes mueren por suicidio. Entre las comorbilidades asociadas al trastorno bipolar el trastorno de ansiedad es el más frecuente 71% seguido del abuso en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas de abuso (49%).

En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno bipolar muestran una tasa en el último año de 0.9 y 1.1 respectivamente. (Medina-Mora et al, 2003)

Uno de los problemas para la evaluación de la magnitud del trastorno bipolar es el diagnóstico inadecuado por una mala clasificación o por falta de identificación de la condición clínica.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar**” forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de los tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia posible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre el diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. Los objetivos de la presente guía son:

1. Definir el trastorno bipolar como una entidad clínica tratable y con control funcional de los síntomas.
2. Describir los signos y síntomas para la detección oportuna de la fase prodrómica y del inicio del trastorno bipolar
3. Describir las alternativas del tratamiento inicial comenzando con el diagnóstico oportuno del padecimiento.
4. Establecer los criterios de referencia y contra referencia del paciente con trastorno bipolar entre los tres niveles de atención
5. Describir las estrategias de vigilancia y seguimiento del paciente con trastorno bipolar en los tres niveles de atención

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

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

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

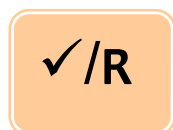
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
No hay evidencia de estrategias útiles en la prevención de la aparición de casos nuevos del Trastorno Bipolar (TB)	III [E : Shekelle] <i>Brotman MA, et al 2008</i>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
Existe evidencia de que el riesgo de padecer trastorno bipolar, se incrementa cuando se tienen antecedentes familiares del mismo	III [E: Shekelle] <i>Brotman MA, et al 2008</i>
Se debe realizar la detección temprana en población en riesgo y detección de casos en población abierta	Punto de Buena Práctica

4.2.1.2 ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO BIPOLAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	No hay evidencia de una etiología específica. Existe reportes de hallazgos persistentes de anormalidades neuroendocrinológicas y neuroanatómicas: en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, eje hipotálamo-hipófisis-tiroides, sistema límbico, amígdala y núcleos basales, conexión entre el cerebelo, región límbica y paralímbica, corteza ventral frontal izquierda, región prefrontal, estriado y corteza frontal, regiones parietales y temporales.	III [E: Shekelle] <i>Malhi GS, et al 2004</i>
E	Existen evidencias de la etiología genética del TB. La tasa de concordancia para los gemelos monocigotos se aproxima al 80% y en dicigotos al 20%. En familiares de pacientes bipolares es 10 veces más frecuente el trastorno bipolar que en familiares de sujetos sanos.	IIb [E: Shekelle] <i>Vieta E, et al 2004</i>
E	Hay referencia de hallazgos en los estudios psicofarmacológicos, que relacionan los sistemas de neurotransmisión con el trastorno bipolar: Sobreactividad de la dopamina, en la manía; disminución de la función serotoninérgica en la depresión	C,D,E <i>APA, 2005</i>

4.2.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Como elementos clínicos prodrómicos o datos iniciales del trastorno bipolar se han fundamentado rasgos de distimia, ciclotimia o hipertimia (irritabilidad e impulsividad). Así como labilidad emocional, ansiedad, trastornos de atención, hiperactivación, depresión, quejas somáticas y problemas escolares, principalmente si tienen un patrón episódico. Síntomas asociados a inicio temprano del trastorno son conducta disruptiva, irritabilidad, conducta descontrolada Exceso de energía, descenso en la necesidad de sueño, aumento en el interés sexual, aumento en conductas de riesgo, sensación de aumento en la capacidad cognoscitiva y euforia	IIb [E: Shekelle] <i>AACAP, 2007</i>

Los principales signos y síntomas de Manía o Hipomanía son:

E

- Incremento de energía, hiperactividad, inquietud
- Autoestima exaltada o sentimientos de grandiosidad
- Irritabilidad extrema
- Pensamientos en cascada, lenguaje rápido, verborreico, fugas de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento esta acelerado
- Distraibilidad, no pueden concentrarse adecuadamente
- Disminución de la necesidad de dormir
- Juicio pobre
- Creencias no realistas en una habilidad y poder
- Gastos y compras excesivas e innecesarias
- Hiperactividad sexual
- Aumento de la actividad intencionada ya sea en el trabajo, en los estudios o socialmente
- Abuso en el consumo de drogas, particularmente de alcohol, cocaína y medicamentos para dormir
- Optimismo excesivo

³
SIGN, 2005

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

Los principales signos y síntomas de depresión son:

E

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

³
SIGN, 2005

E

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

³
SIGN, 2005

E

Los síntomas psicóticos más comunes son:

- Alucinaciones visuales o auditivas
 - Ideas delirantes
 - Desorganización de la conducta y del pensamiento
 - Pérdida del juicio de la realidad
- 3
SIGN, 2005

E

Los criterios clínicos para el diagnóstico de trastorno bipolar y sus subtipos dentro de la categoría de trastornos afectivos, se basan en clasificaciones internacionales como la de la OMS (CIE 10) y el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV-TR) (Anexo 6.3, cuadro I)

3
SIGN, 2005

E

El 70% de los pacientes con TB son mal diagnosticados, tardan un promedio de 8 años para recibir diagnóstico correcto.

III
[E: Shekelle]
MacCombs Jeffrey et. al,
2007

R

Valorar de manera intencionada la presencia de un trastorno afectivo específico.
En pacientes que presentan síntomas premórbidos o francos de manía (especial atención en pacientes con abuso de alcohol o drogas, Enfermedades de Transmisión sexual, inestabilidad laboral), deberá explorarse la historia de síntomas depresivos y viceversa. Esto debido a la intermitencia de los episodios maniacos y depresivos con períodos asintomáticos.

C
SIGN, 2005

4.2.3 COMORBILIDAD DEL TRASTORNO BIPOLAR

4.2.3.1 COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

E

La comorbilidad psiquiátrica es común en el trastorno bipolar. El 42% de pacientes con trastorno bipolar presentan comorbilidades

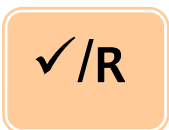
III
[E: Shekelle]
Ranga K, et al 2005



- Hasta el 50% de los pacientes con trastorno bipolar tienen un trastorno por abuso de sustancias. Los hombres tienen tasas más altas de consumo de alcohol en comparación con las mujeres (59.7% vs. 37.8%). También se ha encontrado mayor consumo de otras sustancias en los pacientes con trastorno bipolar.
- El 21% de los pacientes con TB presentan Trastorno obsesivo-compulsivo.
- El 20.8% de la población con TB presentan trastornos de pánico.
- La presencia de fobia social asociada al TB varía del 16 al 47% dependiendo del estudio
- Los trastornos de la conducta alimentaria son mayor del 10% en el TB
- Del 13 al 23% de los pacientes con TB presentan un trastorno de control de los impulsos, se ha sugerido que predice el inicio del TB en la mayoría de los casos
- La prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de personalidad en pacientes bipolares va de 29 a 48% según el estudio. Se han asociado principalmente los trastornos de personalidad obsesivo-compulsivo, límite, narcisista, evitativo, histriónico y antisocial.

En el estudio NCS (National Comorbidity Survey) se mostró que los pacientes con trastorno bipolar tuvieron 35 veces mayor riesgo de trastorno de ansiedad comparado con la población general

III
[E: Shekelle]
Sanchez MJ, 2005
III
[E: Shekelle]
Ranga K, et al 2005



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

Punto de Buena Práctica

4.2.3.1 COMORBILIDAD NO PSIQUIÁTRICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	III [E: Shekelle] <i>Sánchez MJ, et al 2005</i> III [E: Shekelle] <i>Ranga K, et al 2005</i>
E	III [E: Shekelle] <i>Vieta E, 2007</i>
E	III [E: Shekelle] <i>Mcintyre Roger S et al, FRCPGbBipolar Disorder and Diabetes Mellitus: Epidemiology, Etiology, and Treatment Implications. 2005</i>

4.2.4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO BIPOLAR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	III [E: Shekelle] <i>Pavuluri, 2005</i> III [E: Shekelle] <i>McGough J, et al 2008</i> III [E: Shekelle] <i>Vieta E, 2007</i>

E	Entre los padecimientos no psiquiátricos que pueden cursar con síntomas afectivos se encuentran: • Neurológicos: • Tumores, traumas de cráneo, EVC, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Huntington, Epilepsia, lesiones cerebelosas, neuroinfecciones • Endocrinológicas • Síndrome de Cushing, Enfermedad de Addison, Hipertiroidismo, hipotiroidismo, • Metabólicas • Uremia, déficit de vitamina B12, • Infecciosas • SIDA • Autoinmunes • Lupus Eritematoso Sistémico	III [E: Shekelle] <i>Ranga K, et al 2005</i> III [E: Shekelle] <i>Blanco C, 2003</i>
----------	---	---

E	Entre los fármacos asociados a síntomas afectivos la evidencia muestra que los anabolizantes, corticoesteroides y andrógenos, antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos, estimulantes del sistema nervioso central, alucinógenos, alcohol, opiáceos, tuberculoestáticos, progestágenos y estrógenos, antineoplásicos, antihipertensivos	III [E: Shekelle] <i>Blanco C, 2003</i>
----------	---	--

✓/R	Ante la presencia de síntomas afectivos se debe descartar clínica y paraclínicamente estos trastornos	Punto de Buena Práctica
------------	--	--------------------------------

4.2.4 COMPLICACIONES DEL TRASTORNO BIPOLAR

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El suicidio es la complicación más frecuente del TB. Los estudios muestran que hasta la mitad de los pacientes diagnosticados con TB intenta suicidarse y del 9 al 15% de los diagnosticados como bipolar tipo I consuman el suicidio.	III [E: Shekelle] <i>Kupfer DJ, et al 2002</i> C <i>APA, 2005</i> 3 <i>SIGN, 2005</i>
E	El TB cursa con deterioro psicosocial: el 60% de los diagnosticados como bipolar I experimenta dificultades en las relaciones interpersonales y en el ámbito laboral.	III [E: Shekelle] <i>Manning JS, et al 1997</i>

✓/R

En los pacientes con TB se considera necesario evaluar y vigilar el riesgo suicida principalmente en los pacientes que se encuentran en la fase depresiva o que presenten episodios mixtos para establecer oportunamente las medidas de contención

Punto de Buena Práctica**4.2.6 TRATAMIENTO****4.2.6.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO****4.2.6.1.1 FASE AGUDA****Evidencia / Recomendación****Nivel / Grado****E**

Los objetivos del tratamiento psiquiátrico son :

- establecer y mantener una alianza terapéutica,
- controlar el estado mental del paciente
- proporcionar información respecto al trastorno bipolar,
- fomentar el cumplimiento del tratamiento y el mantenimiento de patrones regulares de sueño y actividad
- anticiparse a los estresores ambientales
- identificar de forma precoz los nuevos episodios y minimizar el deterioro funcional
- garantizar la seguridad para el paciente y quienes lo rodean

C
APA, 2002
III
[E: Shekelle]
NIMH, 2008

R

La evaluación clínica inicial del paciente consiste en:

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

III
APA, 2002
C
[E: Shekelle]
NIMH, 2008

4.2.6.1.2 HIPOMANÍA, MANÍA Y EPISODIOS MIXTOS (ALGORITMO 1)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El litio y algunos antiepilépticos que han demostrado eficacia como estabilizadores del estado de ánimo, son considerados como tratamiento de primera elección tanto en la fase aguda como de mantenimiento Los ensayos clínicos controlados (ECC) han mostrado que es superior al placebo. El 70% de los pacientes tratados con litio han mostrado una reducción parcial de la manía. En algunos ECC con comparador activo se ha mostrado que el litio es efectivo en el tratamiento de la manía pura pero es menos efectivo en el tratamiento de los episodios mixtos	C APA, 2002 Ia [E: Shekelle] Maccritchie K, et al 2009
E	El valproato es una alternativa que ha mostrado tener tanta efectividad en el tratamiento del TB	B APA, 2002 Ia [E: Shekelle] Yatham Lakshmi N, CANMAT and International society for Bipolar disorders (IS(BD)) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009
E	La lamotrigina es un anticonvulsivante que se ha aprobado para el manejo de los episodios depresivos y de mantenimiento	A APA, 2002
E	En algunos estudios se ha mostrado que el litio tiene una eficacia comparable con el valproato, la carbamazepina, la risperidona, la olanzapina, la clorpromazina y otros antipsicóticos típicos	A APA, 2002
E	Los antipsicóticos atípicos son utilizados frecuentemente para tratar síntomas del TB. A menudo son utilizados en combinación con otros medicamentos El aripiprazol, y la olanzapina están aprobados en el tratamiento de los episodios agudos maníacos o mixtos La olanzapina es útil en los síntomas de manía severa, cuenta con una presentación parenteral que es útil en los cuadros de agitación o cuando no es posible la vía oral La quetiapina esta aprobada para el uso de síntomas maníacos leves a severos así como para ser utilizada en episodios depresivos La risperidona y la ziprasidona también se recomiendan para episodios maníacos y mixtos	Ila [E: Shekelle] Vieta E, et al 2008 Ia [E: Shekelle] Belgamwar B, et al 2009 Ia [E: Shekelle] Rendell JM, et al 2009



La paliperidona y la asenapina han sido aprobados como antipsicóticos para el episodio de manía o mixto

la
[E: Shekelle]

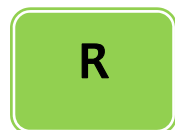
Yatham Lakshmi N,
CANMAT and International society for Bipolar disorders
(IS(BD)collaborative
update of CANMAT
guidelines for the
management of patients
with bipolar disorder:
update 2009



El tratamiento farmacológico de elección para los episodios maniacos o mixtos graves es inicialmente litio o valproato mas un antipsicótico.

Para episodios de menor intensidad, como la hipomanía, puede ser suficiente, monoterapia con litio, valproato, o un antipsicótico atípico. En ocasiones puede ser útil coadyuvar el tratamiento con una benzodiacepina por un periodo corto.

I
APA, 2005



Para episodios mixtos, es preferible el valproato al litio. Como alternativas al litio y valproato se recomiendan carbamazepina y oxcarbazepina.

I
APA, 2005



Para los pacientes que en fase de mantenimiento experimentan una recurrencia, la intervención consiste en optimizar la dosis del medicamento o reintroducir algún antipsicótico.

Al no haber respuesta a dosis terapéuticas, se recomienda añadir otro fármaco de primera línea.

I
APA, 2005



Otra recomendación es añadir carbamazepina, oxcarbazepina en lugar de otro fármaco de primera línea, añadir otro antipsicótico si no está prescrito o cambiar el antipsicótico por otro.

La clozapina es útil en el tratamiento de pacientes refractarios.

I
APA, 2005



La Terapia Electroconvulsiva (TEC) se puede considerar en pacientes con manía grave, resistente, o de acuerdo a preferencias del paciente, y también puede estar indicada en episodios mixtos o manía grave durante el embarazo.

Los episodios con síntomas psicóticos requieren tratamiento con antipsicótico.

I
APA, 2005

4.2.6.1.3 EPISODIOS DEPRESIVOS (ALGORITMO 2)

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El diagnóstico de depresión bipolar representa un reto clínico, confundiéndose con depresión unipolar, lo que retrasa el tratamiento hasta 10 años El litio y los moduladores cerebrales son la primera elección para el tratamiento de la depresión bipolar, la lamotrigina ha demostrado efectividad en el manejo de los síntomas en el episodio depresivo. Los medicamentos antidepresivos a menudo se utilizan en conjunto con un estabilizador del humor lo que evita que el paciente cicle a manía o hipomanía, En algunos estudios se ha encontrado que la efectividad de los antidepresivos en combinación con moduladores del ánimo es igual al uso aislado de dichos moduladores, pero se recomiendan en casos de depresión moderada a grave Siempre se debe evaluar el riesgo suicida Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Anfebutamona y Venlafaxina son ejemplos de antidepresivos que pueden utilizarse en la depresión bipolar	la [E: Shekelle] <i>Sachs GS, et al 2007</i> la [E: Shekelle] <i>Gijsman H, et al 2004</i>
E	El litio y los moduladores cerebrales son la primera elección para el tratamiento de la depresión bipolar la lamotrigina ha demostrado efectividad en el manejo de los síntomas en el episodio depresivo	la [E: Shekelle] <i>Geddes JR, et al 2004</i> 2 <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of bipolar disorder, 2004</i>
R	El tratamiento farmacológico de elección para la depresión son el litio o la lamotrigina, no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia. En pacientes con depresión grave se sugiere la administración simultánea de litio y antidepresivo desde el inicio del tratamiento.	A [E: Shekelle] <i>Geddes JR, et al 2004</i> A [E: Shekelle] <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of bipolar disorder, 2004</i>
R	En caso de recurrencia en la fase de mantenimiento, la recomendación inicial es optimizar la dosis del fármaco de mantenimiento Cuando no se obtiene respuesta con fármacos de primera elección a dosis y tiempo suficiente, se indica lamotrigina, paroxetina, o anfebutamona, si persiste la falta de respuesta, se cambiara a venlafaxina	A [E: Shekelle] <i>Geddes JR, et al 2004</i> A [E: Shekelle] <i>Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of bipolar disorder, 2004</i>

R

Hay mayor riesgo de hipomanía en pacientes con tratamiento antidepresivo que tengan antecedente de manía.

En pacientes con desnutrición importante, síntomas psicóticos, riesgo suicida, embarazo con síntomas psicóticos o depresión resistente, la TEC puede ser la alternativa.

A**[E: Shekelle]***Geddes JR, et al 2004***A****[E: Shekelle]**

Australian and New Zealand clinical practice guideline for the treatment of bipolar disorder, 2004

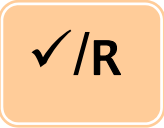
4.2.6.1.4 CICLOS RÁPIDOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El ciclador rápido es el paciente que presenta 4 o más episodios en un año que cumple criterios de depresión, episodios mixto, maniaco o hipomaniaco, y que están marcados por una remisión parcial o completa al menos por 2 meses o cambio a la polaridad opuesta Hay personas que llegan a presentar más de un episodio por semana o incluso durante un día. Los ciclos rápidos se observan en individuos con TB severo y en quienes presentaron su primer episodio en edad temprana.	IIb [E: Shekelle] <i>Schneck CD, et al 2008</i> III [E: Shekelle] <i>Goldberg J, et al 2004</i>
E	La prevalencia de cicladores rápidos varía de 13 a 56%	III [E: Shekelle] <i>Schneck CD, et al 2008</i>
E	Los estudios más consistentes han mostrado que los ciclos rápidos son más frecuentes en mujeres; el 70-92% de los cicladores rápidos son mujeres.	III [E: Shekelle] <i>Schneck CD, et al 2008</i> III [E: Shekelle] <i>Goldberg J, et al 2004</i>
R	Identificar factores médicos que contribuyen a la ciclación como hipotiroidismo, consumo de alcohol, medicamentos como antidepresivos.	II APA, 2005 2b [E: Shekelle] <i>Hirschfeld RMA, 2007</i>
R	El tratamiento debe ser litio o valproato, otra alternativa es la lamotrigina. En ocasiones requiere la combinación de varios fármacos	A [E: Shekelle] <i>Geddes JR, et al 2004</i>

4.2.6.1.5 TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO (ALGORITMO 3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Posterior al control del episodio agudo, el riesgo de presentar recaída en los siguientes 6 meses es elevado No hay evidencias suficientes de la eficacia de los antipsicóticos atípicos como tratamiento de mantenimiento en monoterapia C, D APA, 2005
	El tratamiento a largo plazo estará dirigido a prevenir recaídas de episodios agudos de depresión, manía o hipomanía, mixtos, ningún medicamento se puede considerar como ideal para la mayoría de la población con TB Se debe ser cuidadoso para considerar la eficacia y los efectos secundarios y considerar las metas y las características de cada paciente C, D APA, 2005 III [E: Shekelle] Thase ME, 2008
	Posterior al control del episodio agudo, se recomienda instalar tratamiento de mantenimiento La medicación con mayor evidencia empírica es el litio y valproato Otras alternativas son lamotrigina, carbamazepina y oxcarbazepina Si estos fármacos se utilizaron durante la fase aguda deberán mantenerse en esta fase Si se utilizaron antipsicóticos en el episodio agudo, deberá valorarse su mantenimiento en caso de persistir síntomas psicóticos o como prevención de recurrencias en algunos casos. Debemos considerar la TEC de mantenimiento en pacientes que tuvieron respuesta en la fase aguda a esta terapia I la [E: Shekelle] APA, 2005 Vasudev A, et al 2008

4.2.6.1.6 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN MUJERES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El trastorno en la mujer presenta condiciones especiales relacionadas con el ciclo reproductivo que deben considerarse: • La posibilidad de embarazo • Infecciones de transmisión sexual • Riesgo de recurrencia al suspender tratamiento • Riesgo de heredar el trastorno, aunque esto no es motivo para evitar el embarazo • Efecto teratogénico de los fármacos • Lactancia	III [E: Shekelle] NIMH, 2008
	Toda mujer en edad fértil con TB debe recibir psicoeducación, educación en salud sexual y reproductiva. Cuando se ha decidido el embarazo se debe otorgar valoración preconcepcional, en la que debe participar su pareja para recibir información sobre los riesgos que implica el embarazo para la paciente y el producto, decidir el plan de tratamiento y seguimiento durante el embarazo para la madre y el producto y el puerperio, así como otros especialistas que deberán participar en la atención.	C [E: Shekelle] NIMH, 2008
	En caso de paciente con Dx. establecido de Trastorno Bipolar que inesperadamente se descubra embarazada, se sugiere valorar la modificación del esquema terapéutico por otro con menor potencial teratogénico..	Punto de Buena Práctica

4.2.6.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El objetivo principal de las intervenciones psicosociales como adyuvantes en el manejo del TB es: a) incrementar la adherencia terapéutica, b) disminuir las hospitalizaciones y recaídas a través del reconocimiento de los síntomas, c) inducción para regular el estilo de vida incluyendo la reducción del consumo de sustancias, d) psicoeducación enfocada a la enfermedad e) dirigida al paciente y a la familia	C, D APA, 2005

E	Las estrategias psicoterapéuticas estudiadas para el manejo del paciente con TB son: la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar, terapia interpersonal y de ritmo social, psicoterapia individual	la [E: Shekelle] Vieta E, et al 2004 1+ SIGN, 2005
E	La terapia cognitivo conductual ha mostrado un beneficio en la prevención de recaídas así como un incremento en la función social de los pacientes con TB en un período de seguimiento de 18 meses.	la [E: Shekelle] Vieta E, et al 2004 1+ SIGN, 2005
E	Algunos ECC han mostrado que la terapia cognitivo conductual aumenta el autocontrol de los síntomas depresivos e hipomaniacos y establecer un patrón de hábitos para realizar las actividades de la vida diaria y regular su patrón de sueño.	la [E: Shekelle] Lam DH, et al 2005 la [E: Shekelle] Vieta E, et al 2004
E	La terapia familiar como adyuvante en el manejo de TB tiene tres componentes fundamentales: psicoeducación, entrenamiento para mejorar la comunicación, entrenamiento para mejorar las destrezas en la solución de problemas.	la [E: Shekelle] Justo LP, et al 2008
E	La terapia familiar ha mostrado mejoría en la función familiar y el estado de ánimo lo que reduce el riesgo de recaída. Se ha observado también reducción en las tasas de hospitalización.	la [E: Shekelle] Justo LP, et al 2008
E	La psicoeducación ha mostrado un efecto importante en la reducción de recaídas y está enfocada principalmente para tener conciencia de la enfermedad, adaptación al tratamiento, detección temprana de los síntomas y recurrencia y regular el estilo de vida.	2+ SIGN, 2005
E	Un ensayo clínico aleatorizado con dos años de seguimiento en donde se incorporó la terapia interpersonal y de ritmo social, en la fase aguda y de mantenimiento mostró que induce ritmos sociales más estables y los pacientes que entraron al estudio en un episodio de depresión mayor mostraron un tiempo de recuperación significativamente menor.	la [E: Shekelle] Frank, 2000

E	La efectividad del tratamiento varía de acuerdo a la condición clínica del paciente y del momento en el cual se incorpora a la terapia. La terapia familiar, la terapia interpersonal y de autocuidado parecen ser más efectivas para prevenir la recurrencia cuando se inician después del episodio agudo, mientras que la terapia cognitivo-conductual y psicoeducación en grupo es más efectiva cuando se inicia durante el período de remisión. La psicoterapia individual y programas de autocuidado son más efectivas para los síntomas de manía y la terapia familiar y terapia cognitivo-conductual son más efectivas para los síntomas depresivos	la [E: Shekelle] <i>Miklowitz DJ, 2008</i> la [E: Shekelle] <i>Miklowitz DJ, et al 2009</i>
E	Las estrategias psicoterapéuticas que ponen énfasis en la adherencia al tratamiento farmacológico y el reconocimiento temprano de los síntomas afectivos tienen un efecto mayor en manía mientras que los tratamientos que ponen énfasis en las capacidades cognitivas e interpersonales de afrontamiento tienen un efecto mayor en depresión	la [E: Shekelle] <i>Miklowitz DJ, 2008</i>
E	La psicoterapia interpersonal ha mostrado reducir las tasas de suicidio. La psicoterapia es un elemento clave en el manejo del TB.	la [E: Shekelle] <i>Vieta E, 2004.</i> la [E: Shekelle] <i>Rucci P, et al 2002</i>
✓/R	Una vez establecido el diagnóstico de TB y el control de la fase aguda, el paciente deberá ser enviado al servicio o módulo de salud mental para su evaluación e incorporación a la estrategia psicoterapéutica más conveniente	Punto de Buena Práctica

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La identificación y manejo del TB tiene un grado de complejidad importante debido a las características de la sintomatología, su intermitencia, comorbilidad y diagnóstico diferencial.	III [E: Shekelle] <i>Fust D, et al 2006</i>
E	En la fase aguda la sintomatología puede representar un riesgo para la integridad física del paciente o de terceros, o dificultar el apego al tratamiento	III [E: Shekelle] <i>Fust D, et al 2006</i>

✓/R	El envío a segundo nivel se deberá realizar ante la presencia de síntomas maníacos, hipomaniacos o mixtos, así como en casos de depresión que reúna criterios para sospechar el diagnóstico de depresión bipolar. De acuerdo a la gravedad y disfunción psicosocial, se deberá valorar la urgencia para recibir la atención en el segundo o tercer nivel En la medida de lo posible y de acuerdo a experiencia del médico iniciar tratamiento con estabilizador del ánimo o antiepiléptico	Punto de Buena Práctica
✓/R	En pacientes con diagnóstico establecido con embarazo	Punto de Buena Práctica

4.3.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓/R	En presencia de síntomas de intensidad grave se deberá valorar manejo en ambiente hospitalario, hasta obtener control sintomático que permita su manejo ambulatorio La referencia a tercer nivel podrá realizarse del primero o segundo nivel Punto de Buena Práctica

4.3.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA

4.3.2.1 CONTRARREFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	La atención ambulatoria podrá realizarse en el primer nivel una vez que se ha logrado estabilizar la sintomatología aguda y se han cumplido los objetivos de psicoeducación que favorezcan la adherencia y apego al tratamiento 4 [E: Shekelle] <i>NICE, 2006</i>
✓/R	La contrarreferencia de tercer a segundo o primer nivel se realizará al obtener el control de síntomas agudos que obligaron el manejo hospitalario. La contrarreferencia al segundo nivel de atención se realizará una vez que la sintomatología aguda que amerito su envío se encuentre controlada. Punto de Buena Práctica

4.3.2.2 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La contrarreferencia al primer nivel se realizará cuando se logró estabilidad clínica (control de síntomas afectivos), apego al tratamiento y una aceptable reinserción familiar, social, académica y laboral. Punto de Buena Práctica

4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La atención ambulatoria podrá realizarse en el primer nivel una vez que se ha logrado estabilizar la sintomatología aguda y se han cumplido los objetivos de psicoeducación que favorezcan la adherencia y apego al tratamiento 4 [E: Shekelle] NICE, 2006
	En pacientes con diagnóstico establecido, la referencia al segundo nivel deberá ser al menos una vez año o antes en caso necesario Punto de Buena Práctica

4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Durante los episodios sintomáticos los pacientes pueden cursar con problemas para mantener su patrón funcional que pueden poner en riesgo su estabilidad laboral. 4 [E: Shekelle] NICE, 2006
	Se requiere evaluar la intensidad de los síntomas y el grado de discapacidad, con base en la actividad laboral específica, para prescribir la expedición de la incapacidad temporal para el trabajo, así como su duración. En casos de pobre respuesta tratamiento y persistencia de síntomas que interfieran de manera sostenida la actividad laboral se deberá valorar la incapacidad permanente Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines International Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo seleccionó las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

- Idioma inglés y español
- Metodología de medicina basada en la evidencia
- Consistencia y claridad en las recomendaciones
- Publicación reciente
- Libre acceso

Se encontraron 5 guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bipolar Affective disorder. A national clinical guideline. May 2005
2. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition, 2005
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 38, 2006
4. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of bipolar disorder, 2004

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: bipolar disorder, bipolar affective disorder, bipolar disorder, "bipolar depression," "mania," "mixed states," "mixed episodes," "mixed mania," "antimanic," "hypomaniac," "hypomania," "manic depression," "prophylactic," "pharmacotherapy," "mood stabilizers," "mood-stabilizing," "rapid cycling," "maintenance," "continuation," "child and adolescent," "antidepressants," "valproate," "lithium," "carbamazepine," "olanzapine," "risperidone," "gabapentin," "topiramate," "lamotrigine," "clonazepam," "divalproex," "psychotherapy," "family therapy," "psychoeducation," "course," "epidemiology," "comorbidity," "anxiety," "anxiety disorders," "attention deficit," "catatonia," "elderly," "family history," "gender," "general medical conditions," "life events," "personality disorders," "pregnancy," "psychosis," "stress," "substance-related disorders," "suicide

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

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

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

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

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

Fuente: Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. American Psychiatric Association. (APA). 2005.

**CUADRO III. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR AFECTIVO 2005.
NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

Niveles de Evidencia	
1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad; estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA o ECA nivel 1++, directamente aplicable a la población diana o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+ directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los estudios.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ++ ó 1+
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 + directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios nivel 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+

Buena práctica clínica	
✓	Práctica recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo redactor

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 82. Bipolar affective disorder. SIGN publication 2005.

CUADRO IV. AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF BIPOLAR DISORDER. 2004.

Niveles de Evidencia	
Nivel 1	Evidencia de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos controlados relevantes
Nivel 2	Evidencia de por lo menos un ensayo clínico controlado correctamente diseñado
Nivel 3-1	Evidencia de un ensayo clínico controlado bien diseñado pseudoaleatorizado (asignación alternativo u otro método)
Nivel 3-2	Evidencia de estudios comparativos con controles concurrentes y asignación
Nivel 3-3	Evidencia de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios simples o series de tiempo interrumpidos sin grupo control paralelo
Nivel 4	Evidencia de series de caso, estudios de pre-prueba o post-prueba
Nivel 5-1	Consenso de expertos obtenidos sistemáticamente
Nivel 5-2	Consensus de expertos no obtenido sistemáticamente

Fuente: Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of bipolar disorder. 2004.

CUADRO V. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). BIPOLAR DISORDER THE MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND ADOLESCENTS, IN PRIMARY AND SECONDARY CARE. NATIONAL CLINICAL PRACTICE GUIDELINE NUMBER 38, 2006
NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Niveles de Evidencia	
1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad; estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA o ECA nivel 1++, directamente aplicable a la población diana o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+ directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los estudios.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ++ ó 1+
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 + directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios nivel 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+
Buena práctica clínica	
✓	Práctica recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo redactor

Fuente: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 38, 2006

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO 1 TABLA DE COMPARACIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS INTERNACIONALES. CIE 10 Y DSM-IV

CIE 10	DSM-IV
F30.0 Hipomanía La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F34.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.	296.40 Episodio hipomaniaco A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual. B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: (1) autoestima exagerada o grandiosidad (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) (3) más hablador de lo habitual o verborreico (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse 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 del sujeto 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 suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos. F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.
F30.1 Manía sin síntomas psicóticos En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas. Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables,	296.4x Episodio maniaco A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización). B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo: (1) autoestima exagerada o grandiosidad (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño) (3) más hablador de lo habitual o verborreico (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida. El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo). F30.2 Manía con síntomas psicóticos El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave que la descrita en F30.1. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. "No congruente" incluye las ideas delirantes y alucinaciones que se presentan con un estado de ánimo neutro, por ejemplo, ideas de referencia sin sentimientos de culpabilidad o sin sentirse acusado o voces alucinatorias sobre temas que no tienen un significado emocional especial. Incluye: Estupor maníaco.	(5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes) (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse 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 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 o a los demás, o hay síntomas psicóticos. E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
F31 Trastorno bipolar La presencia de múltiples episodios de manía, hipomanía o ambos o depresión y manía/hipomanía.	296.xx Trastorno bipolar I Uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Los sujetos frecuentemente tienen uno o más episodios depresivos 296.89 Trastorno bipolar II Uno o más episodios de depresión mayor acompañados por al menos un episodio de hipomanía
F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaniaco, maniaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaniacos y depresivos. Pautas para el diagnóstico Alternancia de los episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maniaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maníacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.	296.6x Episodios Mixtos A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana. B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados
F32 Episodios depresivos En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un	296.5x Episodio depresivo mayor

humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver Introducción, página 143) son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes

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 (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada

por otros (p. ej., llanto). Nota: 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

el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento

del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de 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 (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 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 del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), 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.

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO BIPOLAR

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

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5358	Lamotrigina	100 mg a 400 mg al día	Tableta 25 mg		Vértigo, ataxia, somnolencia, cefalea, visión borrosa, náuseas, vómito, Rash, síndrome Stevens Johnson,	Eliminación rápida con Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y primidona, Con Valproato se incrementan niveles séricos. No tiene interacciones conocidas con litio	Hipersensibilidad
5356			Tableta 100 mg				
			Tableta 50 mg				
2626	Oxcarbazepina	150 mg a 2400 mg al día	Tableta 300 mg		Somnolencia, mareo, cefalea, diplopía, náusea, vómito, fatiga, vértigo, molestias gastrointestinales, hiponatremia, acné, rash astenia,	Aumenta niveles séricos de fenobarbital y fenitoína, disminuye niveles de carbamazepina	Hipersensibilidad
2627			Tableta 600 mg				
2622	Valproato de Magnesio	800 mg a 1200 mg al día	Tableta 200 mg		Nausea, vómito, diarrea, anorexia, sedación, ataxia, cefalea, caída de cabello, rash, elevación de transaminasas, debilidad, trombocitopenia, alteraciones menstruales,	Incrementa efecto de lamotrigina, con carbamazepina pueden reducirse ambos efectos Incrementan niveles: clorpromacina, cimetidina, eritromicina, salicilatos,	Pacientes con enfermedad hepática, 1er trimestre del embarazo
5359			Tableta 600 mg				

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Neurolépticos							
4490	Aripiprazol	15 a 30 mg al día	Tableta 15 mgs		Rigidez, dolor pectoral, náusea, dispepsia, vómito, estreñimiento, mialgia, somnolencia, acatisia, temblor, síndrome extrapiramidal, visión borrosa	Incrementa efecto de algunos antihipertensivos, tener precaución con fármacos que actúen a nivel de SNC	Hipersensibilidad Alcohol
4491			Tableta 20 mgs				
4492			Tableta 30 mgs				
3259	Clozapina	162 mg a 325 mg	Tableta 100 mg		Agranulocitosis, miocarditis, Mareo, fatiga, vértigo, cefalea, rigidez, temblor, acatisia, somnolencia, letargo, arreflexia, hipersalivación, midriasis, visión borrosa, taquicardia, hipotensión,	Incrementa efectos del alcohol y de los IMAOs, así como de benzodicepinas y antihistamínicos, Warfarina y digoxina compiten por sitios de unión a proteínas	<i>Hipersensibilidad, depresión del SNC, del tejido hematopoyético, hipertrofia prostática, glaucoma, historia de granulocitopenia, enfermedades de médula ósea, psicosis alcohólicas o tóxicas, intoxicación por drogas, enfermedades hepáticas, renales o cardíacas graves, deficiencia pulmonar grave, menores de 16 años.</i>
			Tableta 25 mg				
5485	Olanzapina	5 mg a 20 mg	Tableta 5 mg		Incremento ponderal, somnolencia, aumento de prolactina, marcha anormal, sequedad de boca, hiperexia, temblor	Fluoxetina incrementa niveles séricos, la fluvoxamina reduce su depuración, sedación cuando se combina con etanol	Hipersensibilidad
5486			Tableta 10 mg				

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5489	Quetiapina	400 mg a 800 mg al día	Tableta 100 mg		Vértigo, somnolencia, taquicardia, leucopenia, sequedad de boca constipación, dispepsia, astenia leve, incremento ponderal, elevación de transaminasas sericas.	La carbamazepina, fenitoina y barbituricos incrementan la eliminación de quetiapina,	
			Tableta 25 mg				
			Tableta 150 mg				
			Tableta 200 mg				
			Tableta 300 mg				
3264	Ziprasidona	80 mg a 160 mg al día	Tableta 40 mg		Cefalea, astenia, dispepsia, incremento de salivación, acatisia, mareo, hipertonía, agitación, distonia, síndrome extrapiramida I, hipotensión postural, taquicardia, erupción cutánea, posible prolongación de intervalo QT	Ketoconazol incrementa niveles de ziprazidona, la carbamazepina los disminuye,	Hipersensibilidad, prolongación de intervalo QT, infarto al miocardio reciente, insuficiencia cardiaca descompensada, arritmias
3265			Tableta 40 mg				

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Antidepresivos							
4486	Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Interacciona en asociación con litio potencializando el riesgo de convulsiones Riesgo de toxicidad asociada a risperidona	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo,
4485	Duloxetina	30 mg al día	60 mg/envase con 14 cápsulas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Sedación, efectos anti colinérgicos, hipotensión ortostática	Incrementa el efecto de los depresores del SNC. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco
	Escitalopram	10-20mg al día	20 mgs/ envase con 14 y 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequedad de mucosas	Con inhibidores de la MAO y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años.

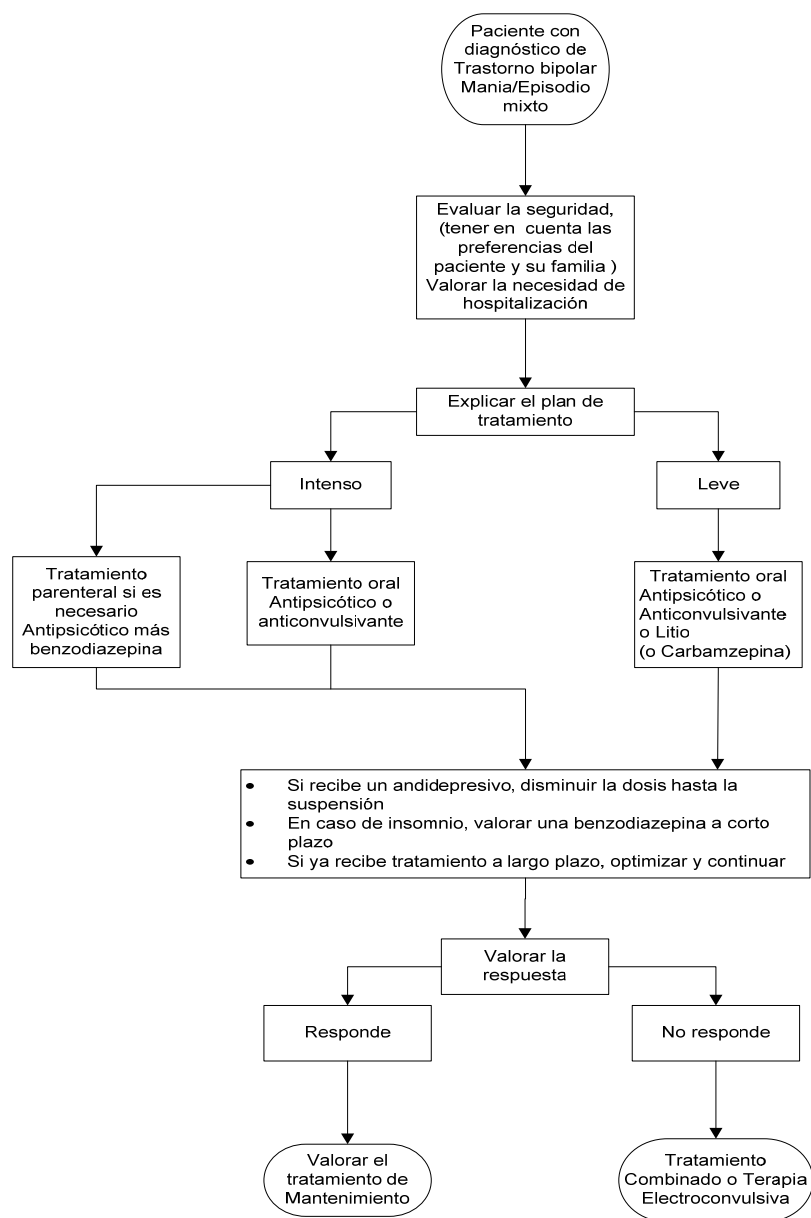
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4483	Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos, solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
			Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)				

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5481	Paroxetina	25 mg al día	Tableta 20 mgs/ envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores. Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
			Tableta 25 mg				
4487	Reboxetina	8 a 12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca, estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo	Ketoconazol incrementa los niveles en plasma de la reboxetina	Hipersensibilidad al fármaco

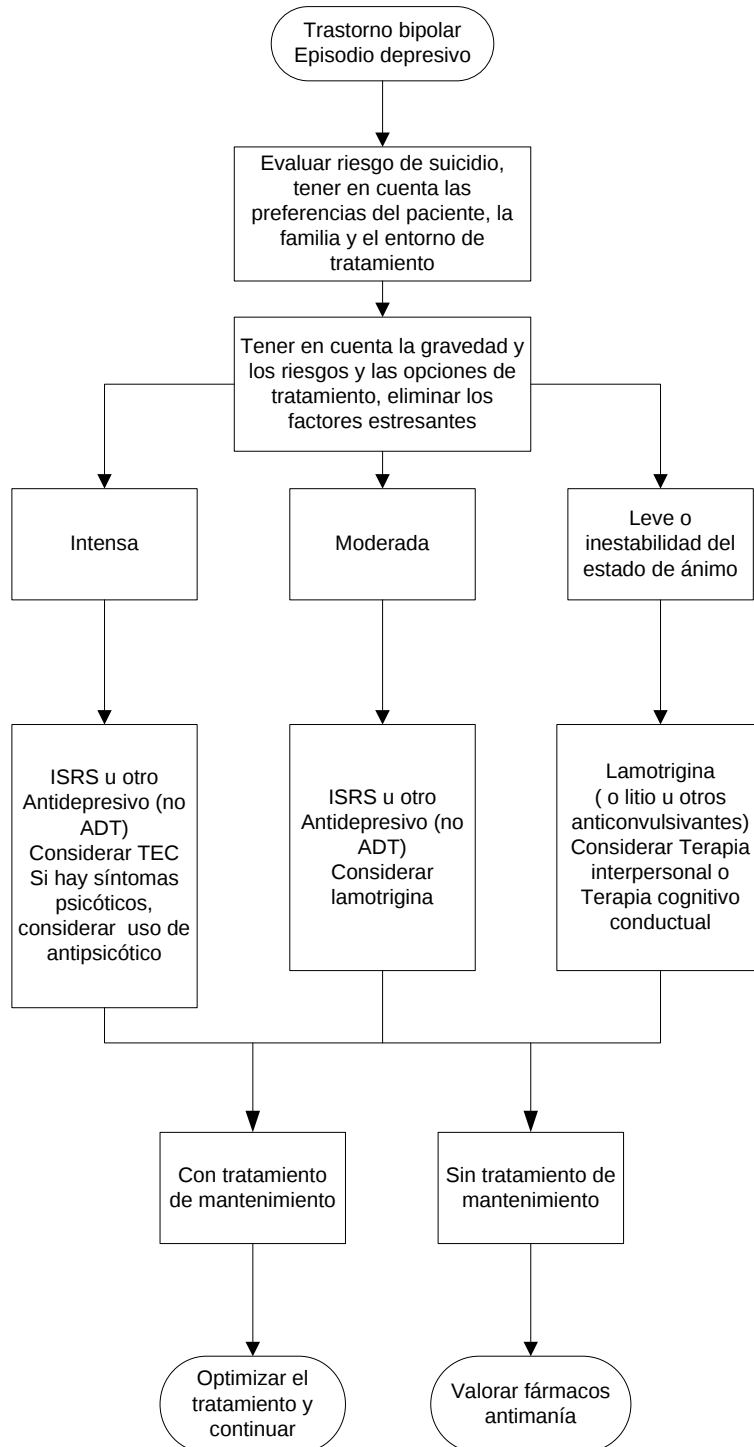
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4484	Sertralina	100mg al día	Tabletas 50 mgs / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,
			Tabletas de 100 mg				
4488	Venlafaxina		75 mg/envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA , y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión límite o de difícil control
			Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20 tabletas				

5.5 ALGORITMOS

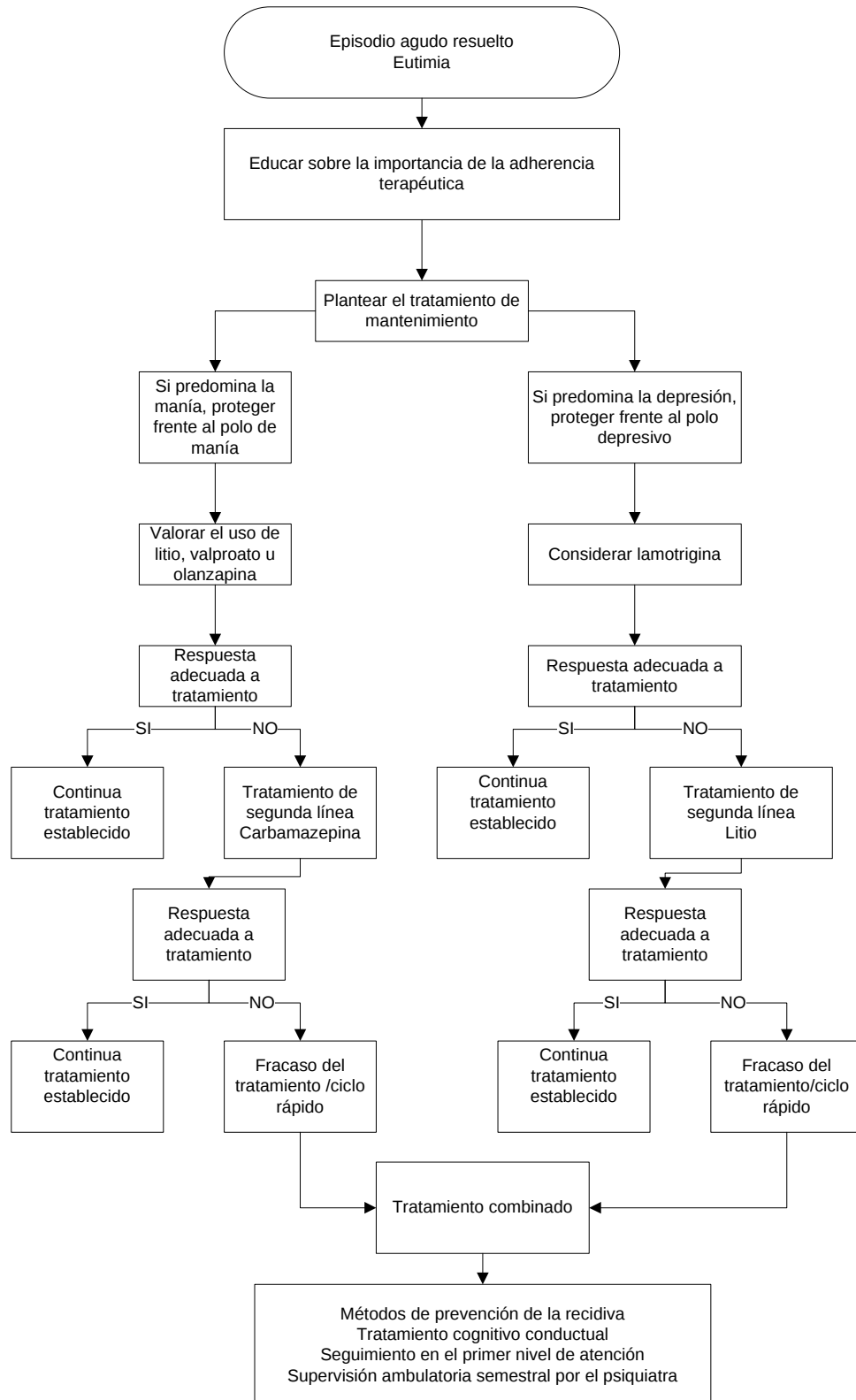
Algoritmo 1. Esquema de Tratamiento Inicial : Manía y Estados Mixtos



Algoritmo 2. Esquema de Tratamiento Inicial: Episodio Depresivo Bipolar



Algoritmo 3. Esquema de tratamiento a largo plazo: tratamiento de mantenimiento



6. DEFINICIONES OPERATIVAS

Antidepresivos: Fármacos con diferente mecanismo de acción que restituyen los sistemas fisiológicos de estabilidad del ánimo.

Bipolar: este término se utiliza para describir una serie de enfermedades en las que existen alteraciones del estado de ánimo tanto hacia la depresión como hacia la euforia, los polos de la experiencia afectiva.

Ciclotimia: consiste en la sucesión de hipomanías y fases depresivas leves o moderadas.

Deterioro cognitivo: Se puede concebir como una colección de diferentes dominios como atención, memoria y función ejecutiva, el comportamiento de estos dominios diferentes se pueden medir de una manera más o menos independiente y comparar con el promedio obtenido en los sujetos de una edad y educación dadas. Se dice que una persona tiene un deterioro cognitivo cuando se desenvuelve mal en uno de estos dominios.

Distimia: síntomas depresivos leves durante la mayor parte del tiempo por al menos dos años.

Eje I: Los diagnósticos del eje I son los trastornos principalmente psiquiátricos como el trastorno bipolar del tipo I o la esquizofrenia

Eje II: Se clasifican los pacientes según las características de personalidad a lo largo de su vida cuando se considera que son extremos: son los denominados trastornos de la personalidad

Eutimia: humor normal

Fármacos Antipsicóticos: medicamentos que se utilizan principalmente para tratar síntomas psicóticos. Los antipsicóticos típicos, de los cuales el prototipo es la clorpromazina producen con frecuencia efectos secundarios, motores, principalmente intranquilidad o rigidez. También se conocen como neurolépticos o tranquilizantes mayores.

Fuga de ideas: discurso continuo y acelerado con cambios bruscos de un tema a otro, basado normalmente en asociaciones, distracciones y juego de palabras. Si el trastorno es severo puede llegar a un discurso incoherente y desorganizado.

Hipomanía: Se caracteriza por la presencia de una elevación del estado de ánimo, que normalmente provoca un aumento de energía y confianza pero sin deterioro de la funcionalidad (de hecho, a menudo sucede lo contrario: mejora los logros).

Manía: Estado mental de elevación extrema del estado de ánimo o irritabilidad que se acompaña por cambios típicos de la conducta y deterioro de la funcionalidad personal o social normal. Se puede asociar a características psicóticas.

Medicamentos estabilizadores del ánimo: medicamentos que estabilizan el estado de ánimo, de modo que tienden a reducir la depresión como la euforia. También se denominan eutimizantes.

Neuromoduladores: sustancias que actúan presinápticamente, modulando la síntesis o liberación de un neurotransmisor postsinápticamente, modificando la unión a su receptor incluyendo en el mecanismo de transducción del receptor involucrado o a través de estimular receptores propios.

Psicoeducación: técnica psicoterapéutica basada en el conocimiento sobre la enfermedad. Tiene como objetivo proveer al paciente y la familia de las técnicas y recursos necesarios para convivir con la enfermedad. La aceptación de la enfermedad es un objetivo precoz fundamental en la educación del paciente.

Psicosis: término tradicional aplicado a estados mentales que se caracterizan por pérdida del sentido de realidad, ideas delirantes o alucinaciones. La pérdida de contacto con la realidad hace que los pacientes tengan más probabilidad de ser vulnerables o presentar conductas de riesgo a terceros.

Terapia cognitivo conductual (TCC): tratamiento psicológico que deriva de la idea de que los pensamientos conscientes y las creencias explícitas pueden exacerbar el estado de ánimo o los estados de ansiedad. El tratamiento puede provocar y cuestionar estos pensamientos y creencias y hacer que los pacientes se comporten de manera diferente cuando los tiene.

Terapia electroconvulsiva (TEC): tratamiento muy eficaz de la depresión grave y, probablemente, también de la manía. Es un procedimiento muy seguro cuando se realiza con anestesia general breve junto al bloque neuromuscular para prevenir el daño musculoesquelético, su principal desventaja es su efecto sobre la memoria.

Terapia interpersonal y ritmo social: Modalidad breve de psicoterapia entre 12 y 15 semanas, se centra en cuatro áreas de problemas interpersonales: fracaso, disputas de rol, transiciones de rol y déficit interpersonales, se centra en las relaciones sociales importantes, actuales, en la autoevaluación del paciente juzgando su situación actual en la clarificación y modificación de las percepciones inadaptadas así como las relaciones interpersonales actuales.

Trastorno bipolar I: diagnóstico que requiere simplemente la presencia de un único episodio de manía. La regla es que los pacientes que tienen manía también tengan depresión mayor.

Trastorno bipolar II: diagnóstico que requiere historia tanto de hipomanía como de depresión mayor.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. AACAP, J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Bipolar Disorder 2007;46(1): 107-125.
2. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder Second Edition. 2005.
3. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. 2002.
4. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of bipolar disorder 2004; 38:280-305.
5. Belgamwar B, Fentom M, Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses, Cochrane data base of systematic reviews, issue 2009
6. Blanco C, Trastorno bipolar. Medicine 2003; 8(105):5645-5653
7. Brotman MA, Skup M, Rich BA, Blair KS, Pine DS, Blair JR and Leibenluft E. Risk for bipolar disorder is Associated with Face-Processing Deficits Across Emotions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008;47(12):1455-1461
8. Frank E, Swarz HA and Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. Biol. Psychiatric 2000; 48(6):593-604
9. Fust D, Walker D, Sands M: Diagnosis and Management of Childhood Bipolar Disorder in the Primary Care Service. Clin Pediatr, 2006; 45: 801-808
10. Geddes JR, Burgess S, Hawton K, Jamison K, Goodwin Guy M, Long-Term Lithium Therapy for Bipolar Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Am J Psychiatry 2004; 161:217-222
11. Gijsman H, Heades J, Rendel J, Nolen W, Goodwin G, Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized controlled trials
12. Am journal Psycg, 2004 161 1537- 1547
13. Goldberg J, Wankmuller M, Sudeerland K, Depression with versus without manic, features in rapid cycling bipolar disorder J Nerv ment dis 2004, 192, 602-606
14. Hirschfeld RMA. Guideline Watch (November 2005): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder, 2nd Edition. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry 2007; V(1):34-9.
15. Invertir en salud mental. Organización Mundial de la Salud. 2004. Pág 4
16. Justo LP, Soares BGO, Calil HM Intervenciones familiares para el trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
17. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de agosto de 2007. Fecha de la modificación significativa más reciente: 01 de agosto de 2007
18. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss Pa, Houck PR, Stapf Da. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry. 2002 Feb; 63 (2):120-5
19. Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost-effectiveness of relapse-prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. British Journal of Psychiatry (2005), 186, 500-506
20. MacCombs JS, Ahn Jeonghoo, Tencer T, Lizheng S. The impact of unrecognized bipolar disorders among patients treated for Journal of Affective disorders. British J of Psychiatry, 2007; 97(1):171-179
21. Maccritchie K, Geddes J ScottJ, Haslam DR, Silva de Lima M, Goodwin G Valproate for acute mood episodes in bipolar disorder Cochrane data base of systematic reviews, issue 2009

22. Roger S. McIntyre MD, FRCPCab; Jakub Z. Konarski MSc, PhD, Candidatec; Virginia L. Misener PhDd; Sidney H. Kennedy MD, FRCPCbBipolar Disorder and Diabetes Mellitus: Epidemiology, Etiology, and Treatment Implications. *Annals of Clinical Psychiatry*, Volume 17, Issue 2 April 2005 , pages 83 - 93
23. Malhi GS, Lagopoulos J, Owen AM, Yatham LN, Bipolaroids: functional imaging in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(Suppl. 422):46-54
24. Manning JS, Haykal RF, Connor Pd, Akiskal HJ. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry*. 1997;38(2):102-108
25. McGough J, Loo S, McCracken J, Dang J, Clark S, Nelson S, Smalley S. CBCL Pediatric Bipolar Disorder profile and ADHD: Comorbidity and Quantitative Trait Loci analysis. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(10):1151-1157
26. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benje C, Blanco Jaimes J, Fleiz BC, Villatoro Velázquez J, Rojas Guiot E, Zambrano Ruíz J, Casanova Rodas L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16
27. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J of Psychiatry*. 2008;165(11):1408-1419
28. Miklowitz DJ, Scott J. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. : *Bipolar Disord*. 2009 Jun;11 Suppl 2:110-22
29. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 38, 2006
30. National Institute of Mental Health (NIMH). Bipolar Disorder. 2008.
31. Ranga K, Krishnan R. Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67:1-8
32. Rendell JM, Bijlman J, Bauer M, Goodwin G, Geddes J, Risperidone along or in combination for acute mania Cochrane data base of systematic reviews, issue 2009
33. Rucci P, Frank E, Kostelnik B et al. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002;159:1160-1164.
34. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR, Marangell LB, Wisniewski SR, Gyulai L, Friedman ES, Bowden CL, Fossey MD, Ostacher MJ, Ketter TA, Patel J, Hauser P, Rapport D, Martinez JM, Allen MH, Miklowitz DJ, Otto MW, Dennehy EB, Thase ME. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *N Engl J Med*. 2007 Apr 26; 356(17):1711-1722.
35. Sánchez MJ, Martínez AA, Vieta E. Comorbilidad en el trastorno bipolar. *Rev. Psiquiatría Fac Med Barna* 2005;32(2):77-88
36. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Bipolar Affective disorder. A national Clinical Guideline. May 2005
37. Schneck CD, Miklowitz DJ, Miyahara S, Araga M, Wisniewski S, Gyulai L, Allen MH, Thase ME, Sachs GS. The prospective course of rapid-cycling bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2008 Mar; 165(3):370-7; quiz 410.
38. Thase ME, Maintenance therapy for Bipolar disorder *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov 6;69(11):e32.
39. Vasudev A, Macritchie K, Watson S, Geddes J, Young AH. Oxcarbazepine in the maintenance treatment of bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1, Art. No: CD005171. DOI: 10.1002/14651858.CD005171.pub2.
40. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (Suppl. 422): 34-38.
41. Vieta E, Franco C Avances en el tratamiento de la mania: aripiprazol *Acta Esp Psiquiatr* 2008; 36(3):158-164
42. Vieta E. Manejo Trastorno bipolar en la práctica clínica 2007. Current Medicine Group. Reino Unido.
43. Yatham LN, Kennedy SH, Shaffer A, Parikh SV, O'Donovan C, MacQueen G, MacIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Young AH, Alda M, Milev R, Vieta E, Calabrese JR, Berk M, Ha Kyooseob, Kapczinski F, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Dr. José Arturo Gayosso Rivera	Director UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza, Delegación Norte D.F.
Dr. Marcos Rafael Zambrana Aramayo	Director Médico UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza, Delegación Norte D.F.
Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Delegado Delegación Norte D.F.
Dr. Ricardo Avilés Hernández	Jefe de Prestaciones Médicas Delegación Norte D.F.
Dra. Maribel Ramos Hernández	Director HGO/MF No 13. Delegación Norte D.F.
Dr. Mario Madrazo Navarro	Director UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” CMN Siglo XXI. D.F.
Dr. Leopoldo Zárate Hidalgo	Director Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” CMN Siglo XXI. D.F.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Je fe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuelli Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albaladejo Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente