

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA. MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERÍAS
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA

SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN QUÍMICA-FARMACÉUTICA.



Manejo Farmacológico Del Trastorno Bipolar Afectivo en Mujeres de 45 a 65 Años
Ingresadas en los pabellones 2 y 3. Hospital Psicosocial Nicaragüense Dr. José Dolores
Fletes Valle Distrito II Managua. Enero-Septiembre 2012.

AUTORES: Bra. Perla Yusnara Ortiz Cortez
Bra. María Haydeé Blanco Arias
Bra. Jennyfer O. Pérez Noguera.

TUTOR: Lic. Félix B. López S.

Managua, Febrero del 2013

DEDICATORIA

A Dios quien ha otorgado al hombre la sabiduría y todas las demás virtudes, para que las utilicemos sirviendo a nuestros prójimos dando nuestro mejor esfuerzo.

A nuestros familiares, en todo momento nos motivaron a lo largo de todo el tiempo de nuestra carrera. Gracias.

Autoras.

Bra. Jennyfer Pérez Noguera.

Bra. María Haydeé Blanco A.

Bra. Perla Yusnara Ortiz C.

AGRADECIMIENTO

A Dios el dador de la vida, gracias por permitirnos llegar hasta aquí.

A nuestras Padres quienes nos han estado apoyando en todos nuestros proyectos.

A nuestros familiares quienes han sido un pilar de confianza, sin cuya colaboración tenaz y sin su empeño difícilmente habríamos podido finalizar nuestra carrera.

A nuestro Tutor Lic. Félix B. López S. Sin su ayuda no habría sido posible concluir nuestro Seminario de Graduación, le agradecemos todo el tiempo que nos dedicó, sus múltiples consejos y sus valiosas observaciones.

Al personal de estadística del Hospital Nacional Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle Distrito II Managua. Por permitirnos realizar este tipo de estudio.

Autoras.

Bra. Jennyfer Pérez Noguera.

Bra. María Haydeé Blanco A.

Bra. Perla Yusnara Ortiz C.



OPINIÓN DEL TUTOR

Managua, Febrero del 2013.

Dirección del Departamento de Química y Tribunal Examinador. UNAN-Managua, Nicaragua. Presento ante ustedes el trabajo de Seminario de Graduación, en Estudios de Utilización de Medicamentos.

Basado en el tema: **Manejo Farmacológico del Trastorno Bipolar Afectivo en mujeres de 45 a 65 Años Ingresadas en los pabellones 2 y 3. Hospital Psicosocial Nicaragüense Dr. José Dolores Fletes Valle Distrito II Managua. Enero - Septiembre 2012.**

Para optar al título de Licenciatura en Química Farmacéutica de las **Bras**: Perla Yusnara Ortiz Cortez, María Haydeé Blanco Arias y Jennyfer Olivia Pérez Noguera.

El presente trabajo, pretende ser una herramienta importante de apoyo para la realización de otros estudios, tales como uso racional de medicamento y de igual manera un material de consulta para estudiantes de la carrera de Química Farmacéutica.

En el desarrollo del mismo las bachilleras arriba mencionadas realizaron un buen esfuerzo y dedicación en el cumplimiento de cada etapa del desarrollo del presente trabajo, por lo que considero que las habilita para optar al título propuesto.

Atentamente.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal line.

Lic. Félix B. López Salgado

Tutor

Resumen

Los trastornos bipolares (p .ej. trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, ciclotímico) implica la presencia de episodios maniacos, episodios mixto o episodios hipomaniacos, normalmente acompañado por la presencia de episodios depresivos.

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos indicación-prescripción, de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal del Manejo Farmacológico del Trastorno Bipolar Afectivo en mujeres de 45 a 65 años, ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense Dr. José Dolores Fletes Valle en el periodo de Enero a Septiembre 2012.

La población en estudio fue de 19 pacientes de los pabellones 2 y 3, que cumplieron con los criterios de inclusión, con diagnóstico del trastorno afectivo Bipolar a quienes se analizó su expediente clínico, y perfil farmacoterapéuticos encontrándose en su mayoría un rango de edad 45 a 55 años, de estado civil soltero, proveniente de zonas rurales, según el trastorno psiquiátrico el de mayor frecuencia fue el de depresiones mayores bipolares.

A nivel farmacológico su esquema de tratamiento, se encuentra representado en su mayoría por el uso de antipsicóticos, seguido de anticonvulsivantes, antidepresivos, benzodiacepinas y otras medicaciones como parte del tratamiento prescrito en su hospitalización. El Fármaco de mayor prescripción fue Haloperidol un antipsicóticos, se encuentra entre el grupo de tratamiento de mantenimiento de segunda elección.

Los aspectos que formaron parte del problema de investigación se asociaron directamente con las siguientes variables: edad, tratamiento farmacológico, grupos farmacológicos, cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar según la guía nacional (Protocolo de Atención del Trastorno Bipolar Afectivo), uso adecuado de medicación anti-psicótica en el manejo de esta patología, empleo adecuado de reguladores del estado de ánimo y correcta utilización de antidepresivos en el tratamiento de mantenimiento de la patología bipolar.

TABLA DE CONTENIDO

PÀG

I. APARTADO:ASPECTOS GENERALES

1.1	Introducción	1
1.2	Antecedentes	2
1.3	Justificación	3
1.4	Planteamiento Del Problema	4
1.5	Objetivos	5
1.6	Preguntas Directrices	6

II APARTADO: MARCO DE REFERENCIA

2.1	Estudios de Utilización de medicamentos	7
2.2	Clasificación Estudios de Utilización de medicamentos	7
2.3	Planteamiento de Estudios de Utilización de medicamentos	7
2.4	Etapas del Planteamiento Estudios de Utilización de medicamentos	8
2.5	Diseño Estudios de Utilización de medicamentos	9
2.6	Trastorno Psiquiátrico	10
2.7	Clasificación de Trastorno Psiquiátrico	13
2.8	Tratamiento Farmacológico de Trastorno Psiquiátrico	14
2.9	Trastorno Afectivo Bipolar	19
2.10	Clasificación del Trastorno Bipolar Afectivo	19
2.11	Manifestaciones Clínicas	20
2.12	Tratamiento Psicofarmacológico	22
2.13	Guías de manejo del Trastorno Afectivo Bipolar según el protocolo de la institución del Hospital Psiquiátrico Nacional.	23
2.13.1	Tratamiento del Episodio Agudo Maníaco	30
2.13.2	Tratamiento en la Depresión Bipolar	31

III APARTADO: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio	32
3.2 Descripción del Ámbito de Estudio	32
3.3 Universo y Muestra.	33
3.3.1 Criterios de Inclusión	33
3.3.2 Criterios de Exclusión	33
3.4 Variables	34
3.4.1 Enumeración de las variables	34
3.4.2 Operacionalización de las Variables	35
3.5 Material y Método	36
3.5.1 Materiales para la recolectar información	36
3.5.2 Materiales para procesar la información	36
3.5.3 Aspectos éticos	36
3.5.4 Métodos	36

IV APARTADO: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Resultados	37
4.2 Discusión de los resultados.	39

V APARTADO: CONCLUSIÓN

5.1 Conclusión	47
5.2 Recomendación.	48

Bibliografía	49
---------------------	----

Anexos

Glosario

APARTADO I

Aspectos generales

1.1 INTRODUCCION.

El Trastorno Afectivo Bipolar¹ tiene gran significación en términos de salud pública ya que es causa de hospitalizaciones frecuentes. El papel de los fármacos dentro de la estrategia general de la atención psicosocial es un instrumento de alta jerarquía en la terapia de pacientes agudos y crónicos. Los EUM (estudios de utilización de los medicamentos) aportan mucha información y respuesta útiles para mejorar la gestión de los medicamentos en todas las instituciones de salud, para lograr un uso adecuado y racional, así mismo reducir el costo de los tratamientos o para mejorar la manera como se tratan los problemas de salud.

La detección y tratamiento temprano son cruciales para mejorar el curso de la enfermedad. La estrategia terapéutica habitual es la farmacológica. El objetivo es focalizar el manejo terapéutico en el trastorno bipolar en las diferentes fases, y dar el mejor tratamiento farmacológico y psicológico desde el primer momento. Así se podrá prevenir recaídas, que generan alteraciones en factores neurotróficos, y atrofiaciones cerebrales que probablemente podrían ser evitadas.

En el presente estudio se evaluará: La atención Farmacoterapéutica que reciben de las pacientes que están ingresadas en el Hospital de Atención Psicosocial Nacional “Dr. José Dolores Fletes Valle” de 45-65 años. Se pretende que estos datos obtenidos en el estudio sirvan de reflexión para el uso adecuado de los medicamentos para este tipo de patología.

Es de interés conocer el comportamiento actual del hábito de dichos fármacos y si se han aplicado las recomendaciones dadas, así como, los criterios diagnósticos que se utilizan para definir la patología, las pautas terapéuticas prescritas en pacientes con trastorno bipolar, característica en la patología, se indicara el cumplimiento del Protocolo ya establecido por el Ministerio de Salud.

¹De ahora en adelante se denominara como TAB.

1.2 ANTECEDENTES.

Se encontraron dos estudios realizados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, Dr. Berganza y colaboradores (2008).

El primer estudio, describe el tratamiento farmacológico del Trastorno afectivo Bipolar durante el primer semestre del año 2005. Los resultados obtenidos mencionan únicamente el uso de Carbonato de Litio, Valproato de Sodio y Carbamacepina, para el manejo de episodios maníacos e hipomaníacos; mientras que se describe la utilización de Amitriptilina, Fenobarbital y Fluoxetina para el control de los episodios depresivos de la enfermedad. No se realiza ninguna comparación con esquemas internacionales.

El segundo estudio, discute la evidencia clínica sobre el tratamiento bipolar en las diferentes fases clínicas y sus aplicaciones efectuando un análisis del tratamiento de la patología en cuestión y su adecuación al medio guatemalteco. Se revisaron los criterios de medicina basada en la evidencia con respecto a los diferentes estudios farmacológicos, realizando un análisis de las principales guías terapéuticas internacionales de trastorno afectivo bipolar, entre las que se mencionaron las de la Asociación Psiquiátrica Americana, Guía Canadiense del Tratamiento del trastorno bipolar y el algoritmo de la Universidad de Texas.

Los resultados que se obtuvieron evidencian la necesidad de elaborar estudios sobre el tratamiento de la depresión bipolar a nivel local, la mayor prevalencia en el uso de antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la manía, la importancia del litio como tratamiento de primera línea y la necesidad de tomar en cuenta el metabolismo de los medicamentos para su adecuada prescripción.

En nuestro país no se han realizado estudios que logren analizar la utilización de aquellos fármacos incluidos en el esquema básico de medicación del Protocolo de Atención del Trastorno Bipolar y su correspondiente comparación con guías internacionales.

1.3 JUSTIFICACION.

La bipolaridad es un trastorno crónico para muchas personas, dada sus implicaciones se recurre al tratamiento farmacológico. En nuestro medio se desconoce el efecto terapéutico real de los diversos esquemas empleados en el Hospital Psicosocial Nicaragüense y su validez en la eficacia del tratamiento de esta enfermedad afectiva. Por tanto se hace necesario realizar un estudio para mejorar el manejo terapéutico en esta población. En la investigación, se tomó en cuenta el periodo de análisis de los expedientes clínicos, se mantiene la confidencialidad de las pacientes.

Además, en esta investigación se proporciona información básica para futuros estudios del tema en cuestión, aportando conocimientos sobre el manejo farmacológico para el trastorno afectivo bipolar.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El descubrimiento y la mejora de medicamentos útiles para el manejo de los trastornos mentales en la segunda mitad del siglo XX han sido reconocidos en general como una revolución en la historia de la psiquiatría. Básicamente son cuatro las clases de medicamentos psicotrópicos que se emplean contra síntomas específicos de los trastornos mentales: antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos y ansiolíticos.

Estos fármacos son utilizados como tratamiento coadyuvante en la prevención de episodios maníacos como depresivos en la terapia farmacológica de pacientes psiquiátricos. Entre las características relevantes de la muestra estudiada se tomaron en consideración: edad, grupos farmacológico, tipos de episodios bipolares, cumplimiento de esquema de manejo farmacológico.

Del planteamiento anterior surge la siguiente interrogante:

¿Es adecuado el manejo farmacológico que se utiliza en el Trastorno Afectivo Bipolar en mujeres de 45 a 65 años, ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, en el periodo de Enero-Septiembre 2012?

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el manejo farmacológico del Trastorno Afectivo Bipolar en mujeres de 45 a 65 años, ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, Distrito II Managua. Enero-Septiembre 2012.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población en estudio de acuerdo a edad y tipos de episodios bipolares.
2. Identificar las pautas terapéuticas prescritas en pacientes con trastorno bipolar afectivo acorde al Protocolo de referencia del Ministerio de Salud, a través de expedientes clínicos y perfiles farmacoterapéuticos.
3. Determinar el fármaco más prescrito que con frecuencia se les administran a las pacientes de los pabellones 2 y 3 en el Hospital Psicosocial Nicaragüense “José Dolores Fletes Valle”.
4. Comparar el tratamiento prescrito con el Protocolo de referencia del Ministerio de Salud en Nicaragua.

1.6 PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Se elige el medicamento de primera elección según el diagnóstico y el esquema de tratamiento?
2. ¿Es adecuado el manejo farmacológico que se utiliza en el Trastorno Afectivo Bipolar en mujeres de 45 a 65 años, ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, en el periodo de Enero-Septiembre 2012?

APARTADO II

Marco de Referencia

2.1 ESTUDIO DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS (EUM).

Se define como los estudios que analizan la regulación, comercialización distribución, prescripción, dispensación y uso de fármacos en una sociedad, haciendo especial insistencia en las consecuencias médicas, económicas y sociales de este uso.

2.2 CLASIFICACION DE LOS ESTUDIOS DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS

En función de la manera cómo se aborda el problema del medicamento, se clasifican en:

- ⇒ **EUM de consumo:** Se seleccionan los fármacos destinados y se analiza la cantidad de medicamento en unidades de consumo
- ⇒ **EUM de prescripción-indicación:** Se selecciona un fármaco o grupos de fármacos y se analizan las indicaciones para las que se prescriben.
- ⇒ **EUM de indicación prescripción:** Se selecciona una indicación clínica y se analizan los fármacos
- ⇒ **EUM de consecución prácticas:** Analizan los resultados clínicos observados en la práctica relacionados con el uso de los medicamentos

2.3 PLANTEAMIENTO DE UN ESTUDIO DE UTILIZACION.

Los Estudio de Utilización de Medicamento se llevan a cabo para obtener información sobre la práctica habitual, esto quiere decir, para saber cómo se utilizan los medicamentos con pacientes seleccionados. Por tanto el objetivo último de los Estudios de Utilización de Medicamento sería conseguir una práctica terapéutica óptima partiendo del conocimiento de las condiciones de utilización de los medicamentos y del posterior diseño de intervenciones para solventar o corregir los problemas identificados.

Para el planteamiento de un Estudio de Utilización de Medicamento se tendrá que:

- ⇒ Tener la sospecha de que puede existir un problema específico relacionado con el uso de medicamentos para un problema de salud o en un servicio hospitalario concreto.
- ⇒ Formularse la pregunta apropiada de manera precisa y sucinta.
- ⇒ Conocer la bibliografía más relevante publicada sobre el tema.

- ⇒ Tener conocimiento de la realidad del hospital o del servicio clínico para saber cuál puede ser la fuente de información más operativa.
- ⇒ Contactar o involucrar a los profesionales sanitarios implicados en el manejo del problema de salud o de los fármacos que se quieran estudiar.
- ⇒ Diseñar el Estudio de Utilización de Medicamento.

2.4 ETAPAS DEL PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS.

1- Etapa: identificar la pregunta y formularla de manera precisa.

¿Qué?

¿Para qué?

¿Cómo?

¿Cuánto?

2- Etapa: revisar el tema.

Farmacología del medicamento

Fisiopatología de la enfermedad.

Experiencia internacional

Experiencia local

Métodos utilizados en estudios previos.

3- Importancia de EUM para investigar este problema.

4- Etapa : definir los objetivos (a partir de la pregunta y del tema)

General o principal.

Específicos o secundarios.

5- Distribuir las tareas y responsabilidades.

2.5 DISEÑO DEL ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

El diseño de un Estudio de Utilización de Medicamentos consiste en la elaboración del protocolo y la hoja de recolección de datos idealmente, debería ser lo suficientemente detallado para que pueda realizarlo cualquier persona ajena al equipo científico que lo ha elaborado. Los Estudios de Utilización de Medicamentos dan respuesta a los objetivos, y los resultados del mismo.

Las siguientes etapas son:

- 1- Etapa: definir el tipo de Estudio de utilización de medicamentos** (de acuerdo con la pregunta y los objetivos)
 - Consumo
 - Prescripción –indicación.
 - Indicación- prescripción.
 - Esquema terapéutico (pauta de tratamiento.)
 - Factores que condicionan los hábitos.
 - Consecuencias prácticas de la utilización.

- 2- Etapa: Identificar la fuente de obtención de datos:**
 - Datos de ventas/ consumo/dispensación
 - Expedientes clínicos / hojas de enfermería/ perfiles Farmacoterapéuticos.
 - Paciente.

- 3- Etapa: Definir los criterios de inclusión y exclusión** (de acuerdo con el problema de salud, el tipo de medicamentos, etc.)

- 4- Etapa: Definir las variables y diseñar la hoja de recolección de datos.**

- 5- Etapa: Definir la duración del estudio y el tamaño de la muestra**

2.6 TRASTORNO PSIQUIATRICOS.

Son afecciones o síndromes psíquicos y comportamientos mentales, radicalmente opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, rendimiento intelectual y comportamiento social. Se han descrito a través de la historia y en todas las culturas, pese a la vaguedad y dificultades de definición de este tipo de trastornos.

A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la locura no se consideraba enfermedad, sino un problema moral (el extremo de la depravación humana, o espiritual, casos de maldición o de posesión demoníaca). A comienzos de los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico parisino Philippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos. A partir de entonces, y desde el trabajo en manicomios, se definirían los principales tipos de enfermedad mental y sus formas de tratamiento.

Los trastornos mentales (psiquiátricos) comprenden las alteraciones del pensamiento, de las emociones y del comportamiento. Estos trastornos están causados por interacciones complejas entre factores físicos, psicológicos, socioculturales y hereditarios.

Síntomas psíquicos:

- Pánico espontáneo en forma de crisis que suele durar minutos con miedo intenso a morir, perder el control, volverse loco.
- Miedo a salir solo del hogar, a viajar solo, a las multitudes.
- Miedo a hablar, comer o a presentarse en público.
- Miedo a volar, a las alturas, a animales, a inyecciones.
- Ansiedad, nerviosismo, preocupaciones excesivas, irritabilidad, tensión muscular, fatigabilidad fácil, insomnio.
- Pensamientos recurrentes que provocan malestar o actos repetitivos que se siente obligado a realizar: lavarse las manos todo el tiempo.

- Re experimentación perturbadora de un hecho muy traumático vivido en el pasado.
- Tristeza, desinterés, disminución de la capacidad para disfrutar la vida, pérdida o aumento de peso, insomnio, pérdida de energía, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, disminución del interés sexual y del apetito, ideas recurrentes de muerte.
- Los síntomas mencionados en el párrafo anterior (depresivos) se asocian en forma oscilante a síntomas, tales como: euforia, irritabilidad, autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, aumento de energía, más hablador de lo habitual, distractibilidad, agitación psicomotora.
- Los síntomas depresivos aparecen en una época específica del año, en general otoño o invierno.
- Se ve gorda a pesar que los demás le insisten en que esta delgada, tiene mucho miedo a engordar.
- Atracones con la comida (come mucho y muy rápido) seguidos de vómitos o miedo a engordar.
- Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador (sentirse cansado/a a la mañana).
- Sonambulismo, Pesadillas, Terrores nocturnos, Narcolepsia, Sueño excesivo.
- Cansancio o agotamiento importante y prolongado (fatiga), que no se alivia con el descanso y que no está causado por una enfermedad médica conocida.
- Adicción al consumo de cocaína, anfetaminas, LSD, marihuana, alcohol, nicotina, cafeína, heroína.
- Episodios de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- Jugadores compulsivos.
- Disfunciones Sexuales tales como Impotencia, Frigidez, Anorgasmia, Eyaculación Precoz, Sadismo Sexual, Masoquismo Sexual, Fetichismo.
- Pérdida lenta y progresiva de la memoria acompañada de otras alteraciones cognitivas.

- Pérdida lenta y progresiva de la memoria acompañada de otras alteraciones cognitivas, neurológicas y arterioesclerosis.
- Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.
- Los síntomas de ansiedad o depresión son secundarios a un factor estresante externo, tales como: problemas económicos, de pareja, laborales.

Las personas que presentan uno o varios síntomas enumerados deben consultar a un profesional si esos signos persisten, si provocan un sufrimiento importante o interfieren con las tareas cotidianas.

La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, el autismo en la infancia y la demencia son sólo algunos ejemplos de trastornos mentales. Pueden afectar a varones y mujeres de cualquier edad y en cualquier raza o grupo étnico, es por eso que a continuación se definirá trastorno neurológico y trastorno mentales.

Los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos. Entre esos trastornos se cuentan la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares, migraña, cefalalgias, esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, infecciones neurológicas, tumores cerebrales, afecciones traumáticas del sistema nervioso.

En cambio, los trastornos mentales son «enfermedades psiquiátricas», que se manifiestan principalmente como trastornos del pensamiento, las emociones o el comportamiento, y causan malestar o una deficiencia funcional.

2.7 CLASIFICACION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado los trastornos mentales y del comportamiento en nueve categorías, de acuerdo a la causa que lo origina:

- Orgánicos y sintomáticos: Demencia- Delirio y otros trastornos por disfunciones físicas.
- Por consumo de psicotrópicos: Intoxicación aguda. Síndrome de dependencia y de abstinencia.
- Esquizo-típicos e ideas delirantes: Esquizofrenia. Psicosis.
- Del humor o afectivos: Trastorno bipolar. Episodio depresivo. Ciclotimia. Distimia.
- Neuróticos: Trastorno de ansiedad: fóbico, agarofobia, ansiedad generalizada. Obsesivo-compulsivo. De adaptación. Reacción a estrés severo. Amnesia. Neurosis Somatización o Hipocondría. Neurastenia.
- Por disfunciones fisiológicas: Trastornos alimentarios (vigorexia, megarexia, diabulemia). Anorexia. Bulimia. Trastornos del sueño no orgánico: Insomnio. Hipersomnio. Sonambulismo/terror nocturno. Trastorno del reloj biológico. Disfunción sexual-Eyaculación precoz.
- De personalidad y del comportamiento: Trastorno paranoide, esquizoide y disocial. Inestabilidad emocional. Trastorno ansioso de la personalidad. Manías. Transexualidad. Travestismo. Trastorno de orientación sexual.
- Retraso mental: Trastornos del lenguaje (disfasia) y del habla. Afasia por epilepsia. Agrafía. Trastorno generalizado del desarrollo. Autismo. Síndrome de Asperger.
- Del comportamiento en infancia y adolescencia: Hiperquinéticos: de atención y de conducta. Trastornos de conducta (des-socializado, desafiante, depresiva, socializada). Mutismo selectivo. Tics. Enumerisis (pis en la cama). Tartamudez. Desorden lingüístico.

2.8 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

El Informe sobre la salud en el mundo 2001, presenta una serie de recomendaciones sobre cómo mejorar la asistencia a las personas con trastornos mentales, incluyendo la mejora en el acceso a una selección limitada de psicofármacos esenciales. Los psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención de la salud y deben figurar en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (LME); además debe haber personal sanitario capacitado para usarlos en el tratamiento de personas con trastornos mentales. Mejorar el acceso a los psicofármacos esenciales es un componente clave para facilitar y agilizar el acceso a servicios de atención de salud mental.

Los psicofármacos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de la atención de salud mental de una población. Se seleccionan teniendo en consideración su importancia para la salud pública, los datos probatorios de eficacia y seguridad y la rentabilidad relativa. Los psicofármacos esenciales sirven para disminuir o contrarrestar los síntomas de los trastornos mentales, abreviar el curso de muchas enfermedades, reducir la discapacidad y prevenir las recaídas.

TRATAMIENTO

Los tratamientos psiquiátricos pueden ser de dos tipos: orgánicos y no orgánicos. Los tratamientos orgánicos, como los medicamentos, afectan al organismo de forma directa. Los tratamientos no orgánicos mejoran el estado del paciente por medios psicológicos, como la psicoterapia, o por introducción de cambios en su entorno social.

FÁRMACOS

Clasificación de los principales fármacos.

- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Antimaníacos

- Ansiolíticos
- Sedantes-hipnóticos

FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS:

- Antipsicóticos Clásicos
- Antipsicóticos Atípicos.

Los Antipsicóticos se utilizan para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia. Los nuevos antipsicóticos atípicos, como la clozapina y la risperidona, ayudan a reducir los síntomas negativos de la esquizofrenia. Los antipsicóticos pueden emplearse también para tratar los síntomas psicóticos del trastorno bipolar y trastorno del deterioro cognitivo. También pueden tratarse con antipsicóticos síntomas tales como: agitación, rabia, hiperactividad a estímulos sensoriales, alucinaciones, ideas delirantes, paranoia y agresividad. Otras indicaciones son el tratamiento de los vómitos, hipo y el vértigo refractarios.

FARMACOS ANTIDEPRESIVOS

- Tricíclicos
- Inhibidores de la monoaminoxidasa
- No Tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de la serotonina

Usados en el tratamiento de los trastornos depresivos, son capaces de modificar positivamente el grado de retraimiento, el nivel de actividad y los signos vegetativos de la depresión. Uso en el tratamiento de trastornos de ansiedad, la enuresis y la hiperactividad infantiles, y el dolor crónico

FARMACOS ANTIMANIACOS

- Carbonato De Litio
- Citrato De Litio

El Carbonato de litio y el Citrato de litio son agentes Antimaníacos utilizados fundamentalmente en:

- Manía aguda.
- Episodios de hipomanía.
- Profilaxis a largo plazo de trastornos bipolares.
- Eficaces en la prevención de episodios maniaco recidivantes.

Se usa experimentalmente para tratar otros trastornos psiquiátricos en los que aparecen alteraciones del humor, como:

- Alcoholismo.
- Abuso de drogas.
- Síndrome premenstrual.
- Conductas sexuales patológicas y fobias.

FARMACOS ANSIOLITICOS, SEDANTES HIPNÓTICOS.

- **Ansiolíticos**
Benzodiazepinas.
- **Sedantes Hipnóticos**
Barbitúricos.

Tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño.

La ansiedad que precisa tratamiento farmacológico y que no tiene relación con algún síndrome más específico suele tratarse con una benzodiazepina.

Los sedantes hipnóticos pueden emplearse para aliviar la ansiedad o inducir el sueño. Uso en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol y las drogas, como medicación preoperatoria y como relajantes musculares o agentes anticonvulsivo. Los barbitúricos pueden usarse como tratamiento de los trastornos convulsivos o como sedantes preoperatorios.

Los bloqueadores betas sirven para tratar el estrés o la ansiedad que da lugar a síntomas vegetativos tales como temblores, palpitaciones, diaforesis o taquicardia.

Los fármacos psicotrópicos son el tipo de tratamiento orgánico más utilizado. Los primeros que se descubrieron fueron los **antipsicóticos**, utilizados para tratar la esquizofrenia. Otros antipsicóticos incluyen los tioxantenos, butirofenona. Todos estos fármacos disminuyen los síntomas como el delirio. Alucinaciones y los trastornos de pensamiento. Debido a que reducen la agitación, se emplean en ocasiones para controlar el estado maníaco en pacientes geriátricos.

A pesar de su valor, los medicamentos antipsicóticos tienen efectos adversos. El más grave es el estado neurológico denominado disquinesia tardía, que aparece en pacientes que toman este tipo de medicamentos durante periodos de tiempo prolongados. El trastorno se caracteriza por movimientos anormales de la lengua, boca y cuerpo y cobra especial importancia porque estos síntomas no desaparecen siempre tras la retirada del fármaco y no tiene tratamiento conocido.

La mayoría de los medicamentos antipsicóticos son sintéticos. Sin embargo, el carbonato de litio es un elemento natural utilizado para prevenir, o al menos reducir, las oscilaciones del humor en la psicosis maníaco-depresiva.

Los principales fármacos **antidepresivos** son de tres tipos. **Los antidepresivos Tricíclicos** y **tetracíclicos**, los más utilizados, se emplean para las formas frecuentes de depresión mayor. **Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO)** se utilizan en las depresiones atípicas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son eficaces tanto en la depresión típica como en la atípica. Aunque los tres tipos son bastantes eficaces para mejorar la depresión en los pacientes diagnosticados de forma correcta también presentan inconvenientes.

Los Tricíclicos y tetracíclicos pueden tardar entre dos y cinco semanas en ejercer su acción y producen efectos secundarios como la sedación excesiva y problemas cardiacos. Los inhibidores de la MAO pueden producir hipertensión grave en los pacientes que ingieren ciertos alimentos (algunos tipos de quesos, cerveza y vino) o medicamentos (como medicinas para el resfriado).

La ansiedad, tensión y el insomnio se tratan por lo general con medicamentos denominados tranquilizantes menores. Los barbitúricos se han utilizado durante mucho tiempo, pero producen efectos secundarios graves y es más frecuente la adicción a los mismos que a los nuevos fármacos ansiolíticos. Entre éstos, las benzodiazepinas son las que se emplean con más frecuencia, muy a menudo fuera del ámbito psiquiátrico.

Los fármacos estimulantes tienen indicaciones en psiquiatría. Ayudan a controlar la hiperactividad y la falta de concentración en niños hiperactivos y sirven para estimular a los que padecen narcolepsia, un trastorno caracterizado por episodios de sueño incontrolable y súbito.

Existe un gran número de tratamientos para el manejo farmacológico de los trastornos mentales. Se ha observado que muchos de estos tratamientos son eficaces en las etapas agudas y para prevenir recaídas.

2.9 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

El **Trastorno Afectivo Bipolar** (TAB), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo. Clínicamente se refleja en estados de manía o en casos más leves, hipomanía junto con episodios concomitantes o alternantes de depresión, de tal manera que el afectado suele oscilar entre alegría y la tristeza de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

2.10 CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

Las manifestaciones clínicas del trastorno afectivo bipolar han sido agrupadas en categorías por la Organización Mundial de la Salud.

Se clasifica dependiendo del episodio actual predominante. Por lo tanto, se distinguen:

Trastorno bipolar tipo I, con episodios depresivos y maníaco.

Trastorno bipolar tipo II, con episodios depresivos e hipo-maniáticos.

Ciclotimia, con episodios de depresión leve y/o hipomanía.

Bipolar I

Son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco con periodo de depresión mayor. El estado de ánimo actual de un bipolar I puede ser sin embargo maniaco, depresiva, hipo-maniáticos (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremo como la manía) o bien, una mezcla heterogénea de componentes depresivo y maníaco (mixto). Esto es lo que distingue los subtipos del bipolar I. Cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maníaco y nunca haya tenido un episodio depresivo en este caso existe una categoría adicional “bipolar I con episodio maníaco único”

Bipolar II

Son personas que habiendo padecido episodios depresivos, hipo-maniáticos, nunca han padecido un episodio completo de manía y en su lugar presentan periodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremo como la manía). Dichos períodos hipo-manía alternan con episodios de depresión mayor. La aparición de los episodios maníaco puede ser a veces bastante lenta y progresiva.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de 8 episodios) que los pacientes unipolares y es debido al hecho de que la edad media de comienzo de los unipolares sea más tardía, sino a una característica intrínseca de los trastorno bipolares. Aunque dicho trastorno son más recurrentes que los unipolares.

Ciclotimia.

Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica periodos de hipomanía y depresión leve con menos fluctuaciones en el estados de ánimo posible que las personas con trastorno bipolar II, o ciclotimania sean diagnosticas erróneamente como pacientes que padecen anímicamente depresión. Desde el punto de vista nosológico, es posible que la ciclotimia no sea en realidad una entidad diferente al dominio “trastorno bipolar” sino una forma menos grave de este.

2.11 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las señales y los síntomas en el trastorno bipolar afectivo (TAB) incluyen durante la **fase depresiva** del paciente:

- Pérdida de la autoestima.
- Desánimos continuos.
- Sentimientos de desesperanza o minusvalía.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses.
- Lentitud exagerada (inercia).

- Somnolencia diurna persistente.
- Insomnio.
- Problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia.
- Dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza, ejemplos: deciden un cambio repentino de empleo, una mudanza, o abandonar a las personas que más aman como puede ser una pareja o un familiar (cuando el paciente es tratado a tiempo deja de lado las situaciones "alocadas" y regresa a la vida real, para recuperar sus afectos y su vida).
- Pérdida del apetito.
- Pérdida involuntaria de peso.
- Pensamientos anormales sobre la muerte.
- Pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio.

Período maníaco

El incremento en la energía y en las actividades es muy común; suele tener verborrea. La necesidad de dormir se encuentra disminuida. La persona suele distraerse rápidamente y puede manifestar e incluso llevar a la práctica ideas irreales, grandilocuentes y sobre optimistas. Las facultades sociales se ven disminuidas, y las ideas poco prácticas suelen llevar a indiscreciones tanto financieras como amorosas.

En la **fase maníaco** se pueden presentar:

- Exaltación del estado de ánimo.
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas (Delirios de grandeza, creencias falsas en habilidades especiales. Si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra).
- Ideas fugaces o pensamiento acelerado (taquipsiquia).
- Enfadarse por cualquier cosa.
- Autoestima alta.
- Menor necesidad de dormir.
- Agitación.

- Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando).
- Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos).
- Inquietud excesiva.
- Aumento involuntario del peso.
- Bajo control del temperamento.
- Patrón de comportamiento irresponsable.
- Hostilidad.
- Aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual.
- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas).
- Creencias falsas (delirios).
- Alucinaciones.

2.12 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Actualmente no existe cura para el trastorno bipolar, pero puede ser controlado. El objetivo del tratamiento consiste, en un control eficaz del curso de la enfermedad a largo plazo, lo cual puede suponer el tratamiento de los síntomas emergentes. Para lograrlo se emplean técnicas farmacológicas y psicológicas. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de estabilizadores del estado de ánimo y en las técnicas psicológicas, la única que ha demostrada ser eficaz es la psicoeducación.

En cuanto al aspecto social, se debe buscar la plena integración en el entorno. Para ello es condición prioritaria la normalización de este y los demás trastornos mentales. La erradicación del estigma, de los estereotipos, prejuicios y rechazos con que se carga a las personas que padecen problemas mentales, es el mejor instrumento para que la propia persona afectada reduzca sus niveles de estrés social, que en muchas ocasiones son los que le provocan los cambios de humor extremos.

La meta del tratamiento es evitar las crisis y minimizar o eliminar los síntomas sub-sindromáticos.

2.13 Guía de manejo del Trastorno Afectivo Bipolar según el protocolo de la institución del Hospital Psiquiátrico Nacional.

El tratamiento del trastorno bipolar puede dividirse en tres fases o etapas.

- **Tratamiento de la fase aguda:** Dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad.
- **Tratamiento de continuación:** Dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda (ej. Evitar las recaídas) de 4-6 meses más tarde.
- **Tratamiento de mantenimiento o preventivo:** Dirigido a prevenir futuros episodios permanente o en curas de 3-5 meses.

Modalidades de tratamiento:

Los estabilizadores del humor (litio, valproato, lamotrigina, carbamazepina y/o oxcarbazepina,) los neurolépticos, preferiblemente atípicos, a los que se empiezan a observar propiedades estabilizadoras, y los antidepresivos constituyen los tratamientos de primera elección en el trastorno bipolar. Otros fármacos, como los ansiolíticos, se utilizan como coadyuvantes para combatir determinados síntomas como la agitación, el insomnio o la ansiedad.

En realidad el tratamiento del trastorno bipolar afectivo es simple, si consideramos los siguientes aspectos:

1. El pilar del tratamiento son los **estabilizadores del estado de ánimo** (Litio, Valproato, Carbamacepina, Lamotrigina, Topiramato)
2. **Los antipsicóticos atípicos** (Haloperidol, Clorpromazina, Risperidona,) no son estabilizadores del estado de ánimo y su uso debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del estado de ánimo. Su empleo en mono terapia posee un impacto neurocognitivo deteriorante para el paciente.
3. **Los antidepresivos** tampoco son estabilizadores del estado de ánimo y deben evitarse en pacientes bipolares porque aumentan la frecuencia del ciclado, favorecen la aparición de episodios mixtos y pueden producir viraje a manía. Cuando su uso es

imprescindible deben emplearse solo durante las crisis y asociados a un estabilizador del ánimo.

Fármacos²

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO

Carbonato de Litio

Dosis: 200-600 mg/8 horas. Oral Ajustar la dosis diaria en 300 mg cada 2 días, en función de la respuesta clínica, hasta conseguir niveles séricos de litio dentro del rango terapéutico.

Contraindicaciones: Enfermedad orgánica cerebral, miastenia graves y niños menores de 12 años.

Acción: Antimaníacos y antidepresivo. Activador del factor estimulante de neutrófilos y plaquetas. Antitiroideo.

Efectos adversos: Temblor fino de manos, poliuria y polidipsia. Náuseas leves y transitorias y malestar general (los primeros días del tratamiento). Aumento de peso, alteraciones digestivas (sequedad de boca, dolor epigástrico, dolor abdominal, flatulencia), cambios en el ECG. Con niveles de litemia superiores a 2 mEq/L: Confusión, disfasia, incontinencia urinaria, disartria e hiperreflexia.

Carbamazepina

Dosis: 400 mg/24 horas repartidos en 2-3 administraciones, pudiendo incrementarse gradualmente la dosis hasta 1.200 mg/día.

Contraindicaciones: Depresión de la función hematopoyética. Bloqueo atrio ventricular.

Porfiria.

Acción: Anticonvulsivantes que actúa bloqueando los canales de sodio. Analgésico.

Efectos adversos: Vértigo, somnolencia, ataxia, nistagmo y diplopía, especialmente al inicio del tratamiento y/o dosis elevadas. Gastrointestinales: Sequedad de boca, dolor abdominal, náuseas y vómitos, anorexia, diarrea o constipación. Dermatológicos: Rash eritematoso generalizado, reacciones de fotosensibilidad, urticaria, dermatitis exfoliativa, necrolisis tóxica epidérmica, eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson, lupus

² Guía Básica Farmacoterapéutica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. 5^{ta} ed, año 2002.

eritematoso sistémico. Hematológicos: Agranulocitosis, anemia aplásica, eosinofilia, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia, y púrpura. Cardíacos: Arritmias y bloqueo cardíaco, fallo cardíaco, tromboflebitis, hiponatremia y edema. Otros: Linfadenopatía, esplenomegalia, neumonitis y alteraciones de la función hepática y renal, parestesias, cefalea, impotencia, ginecomastia y galactorrea.

Lamotrigina

Dosis inicial: tanto en mono terapia como en terapia combinada con otros antiepilépticos. Oral iniciar con 25 mg/24 horas, incrementando la dosis diaria a intervalos semanales hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

Dosis de mantenimiento:

Mono terapia: 100-200 mg/24 horas, repartidos en una o dos administraciones.

Contraindicaciones: Ninguna.

Acción: Antiepiléptico que actúa modulando los canales de sodio y bloqueando la liberación de glutamato.

Efectos adversos: Dermatológicos: Rash maculopapular o eritematoso, relacionado con niveles plasmáticos elevados, y que se potencia con la administración conjunta de ácido Valproíco. Eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson. Neurológicos: Vértigo, Cefalea, ataxia, somnolencia e insomnio, aumento de la frecuencia de las crisis. Gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor abdominal y constipación.

Otros: Diplopía, visión borrosa, cansancio, aturdimiento, irritabilidad/agresividad, anomalías hematológicas y confusión.

Acido Valproíco

Dosis: 20-30 mg/Kg/24 horas repartidos en 1-3 administraciones.

Contraindicaciones: Enfermedad hepática presente o antecedentes familiares de hepatitis severa. Trastornos graves de la coagulación. Trastornos del metabolismo de aminoácidos ramificados y del ciclo de la urea.

Acción: Anticonvulsivantes. Aumenta los niveles cerebrales de GABA, disminuye los niveles de aminoácidos excitadores (aspártico y glutámico).

Efectos adversos: Alteraciones hepáticas. Estados confusionales o convulsivos, especialmente en poli terapia, si se aumenta bruscamente la dosis o se induce rápidamente el tratamiento. Alteraciones digestivas (náuseas, gastralgias). Hiperactividad o irritabilidad, al inicio del tratamiento y especialmente en niños.

ANTIPSICOTICOS

Haloperidol

Es una butirofenona con características generales similares a las de las fenotiazinas. Tabletas de haloperidol de 5 mg, Solución oral de 2 mg/mL (Fco 30 mL); Solución inyectable de 5 mg/mL, ampolla 1 mL.

Dosis: iniciar con 2 – 10 mg PO, dosis siguientes cada 4 – 8 horas según respuesta (hasta cada hora si es necesario).

Efectos adversas: Similares a clorpromazina, pero menos sedativo y menos síntomas hipotensores y anticolinérgicos.

Contraindicaciones: Alteración de la conciencia por depresión del SNC; depresión de médula ósea; Porfiria; enfermedad de los ganglios basales.

Risperidona

Adultos: 1er día: 1 mg/12 horas.

2º día: 2 mg/12 horas.

3º día: 3 mg/12 horas.

Pudiendo incrementarse la dosis diaria, en función de la respuesta clínica, hasta un máximo de 16 mg/día.

Contraindicaciones: Niños menores de 15 años.

Acción: Antagonista de los receptores 5-HT₂ de la serotonina y D₂ de la dopamina.

Efectos adversos: Insomnio, agitación, ansiedad y jaqueca. Somnolencia, fatiga, mareos, falta de concentración, estreñimiento, dispepsia, náuseas/vómitos, dolor abdominal, visión borrosa, priapismo, disfunción de la erección, de la eyaculación y orgásmica, incontinencia urinaria, rinitis, rash y otras reacciones alérgicas. Taquicardia refleja o hipertensión.

Clorpromazina

Dosis: 25 mg/8 horas, pudiendo incrementarse la dosis diaria, en función de la respuesta clínica y de forma gradual, hasta un máximo de 300 mg/día.

Contraindicaciones: Depresión severa del SNC o de la médula ósea, estados de coma, y feocromocitoma.

Acción: Antidopaminérgico (especialmente sobre los receptores D2). También posee actividad anticolinérgica, antihistamínica y antiserotérgica.

Efectos adversos: Somnolencia, sedación. Sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria y estreñimiento. Al inicio del tratamiento: Síntomas extra piramidales como parkinsonismo, acatisia y distonia que están relacionados con las dosis; hipotensión; hipertensión, taquicardia (principalmente al aumentar la dosis rápidamente), bradicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmia cardíaca, colapso, leucopenia transitoria, fotodermatitis, urticaria, erupciones acneiformes, prurito, angioedema, insomnio, mareos e íleo paralítico.

ANTIDEPRESIVOS

Imipramina

Dosis: 75 mg diarios en varias dosis aumentándose gradualmente a 150 – 200 mg hasta 300 mg.

Contraindicaciones: Infarto de miocardio reciente, estados maníacos. Tratamientos concomitantes con IMAOs.

Acción: Bloquean la recaptación de neurotransmisores de la membrana neuronal, con lo que se potencian los efectos de estos últimos.

Efectos adversas: Sedación, boca seca, visión borrosa (dificultad de la acomodación, aumento de la presión intraocular), estreñimiento, náusea, dificultad de la micción; efectos adversos cardiovasculares sobre todo con dosis altas (tales como cambios ECG, arritmias, hipotensión postural, taquicardia, síncope). Sudoración, temblor, erupción y reacciones de hipersensibilidad (urticaria, fotosensibilidad).

Citalopram

Dosis: 20 mg/24 horas, pudiendo incrementarse la dosis, en función de la respuesta clínica, hasta un máximo de 60 mg/día.

Contraindicaciones: Tratamientos concomitantes con IMAO.

Acción: Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina en la membrana presináptica neuronal.

Efectos adversos: Sudoración, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento, cefaleas, temblor, mareos, insomnio, ansiedad. Dispepsia, anorexia, trastornos de la acomodación, impotencia sexual. Erupciones exantemáticas.

Sertralina

Dosis: 50 mg/24 horas, pudiendo incrementarse la dosis, en función de la respuesta clínica, hasta un máximo de 200 mg/día.

Contraindicaciones: Insuficiencia renal y/o hepática grave, epilepsia no controlada, pacientes que reciban terapia electroconvulsiva. Tratamientos concomitantes con IMAOs.

Acción: Inhibe de forma selectiva la recaptación de serotonina en la membrana presináptica neuronal.

Efectos adversos: Cefalea, náusea, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, ansiedad, insomnio o somnolencia. Temblor, mareos, sequedad de boca, astenia, sedación, reducción de la libido, sudoración, anorexia, estreñimiento, síntomas gripales, tos, disnea, sofocos, palpitaciones, trastornos de la acomodación, congestión nasal, alteraciones del sueño, incontinencia urinaria, convulsiones, acatisia, alucinaciones, ataxia, neuropatía, psicosis, estomatitis, gingivitis, rinitis, epistaxis, alopecia, sequedad de la piel, urticaria, edema, escalofríos, hipo, migraña, taquicardia, arritmia cardíaca, amenorrea, cistitis, disuria, impotencia, conjuntivitis, alteraciones hepatobiliares: Hepatitis, incremento de los valores de las transaminasas, ictericia.

BENZODIACEPINAS

Lorazepam

Presentaciones en tabletas de 1 mg y tabletas de 2 mg

Dosis: 1 – 3 mg diarios en varias dosis.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a las benzodiazepinas o a cualquiera de los componentes de la formulación, Puede producir somnolencia, por lo tanto se debe evitar conducir vehículos y ejecutar actividades que requieran ánimo vigilante, está contraindicado en el embarazo y la lactancia.

Acción: El Lorazepam es una benzodiazepina de corta acción con propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas que se utiliza para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad; como hipnótico en el manejo del insomnio y como anticonvulsivantes en el manejo del status epilépticas.

Efectos adverso: Muy comunes: Sedación, somnolencia, cansancio o debilidad no habitual, torpeza o inestabilidad. Comunes: Astenia, debilidad muscular, ataxia, confusión, mareo, depresión, desenmascaramiento de la depresión.

Diazepam

Presentación Diazepam tabletas 5 mg, ampolletas de 10 mg/2ml

Dosis: 2-10 mg 2-4 veces/día 1 ó 2 veces/día, aumento gradual según necesidad y tolerabilidad. Parenteral: 2-10 mg IM o IV, repetir a las 3-4 h si es necesario.

Contraindicación: intoxicación alcohólica, coma, shock, historia de abuso o dependencia a fármacos, epilepsia, glaucoma, compromiso de la función hepática, hipoalbuminemia, depresión mental severa, miastenia graves, demencia, lesión cerebral preexistente, enfermedad pulmonar, compromiso de la función renal, apnea del sueño, anomalías en la deglución, sensibilidad a la droga.

Acción: Es un tranquilizante menor, perteneciente al grupo químico de las benzodiazepinas, dotado de acción ansiolítica, sedante, hipnótica, anticonvulsiva y miorelajante estriado.

Efecto adverso: Somnolencia, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, mareo, debilidad muscular, ataxia o diplopía, amnesia, depresión, reacciones psiquiátricas y paradójicas.

Clonazepam

Presentación: Clonazepam 0.5 mg, Clonazepam 2 mg

Dosis: 0,25 mg, 2 veces por día. Dosis máxima: hasta 4 mg/día.

Contraindicación: Clonazepam no debe utilizarse en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a las benzodiazepinas, con evidencia clínica o bioquímica de enfermedad hepática significativa ni con insuficiencia respiratoria severa. Puede emplearse en pacientes con glaucoma de ángulo abierto sometidos a una terapia adecuada, pero está contraindicado en el glaucoma agudo de ángulo estrecho.

Acción: Clonazepam posee todos los efectos farmacológicos característicos de las benzodiazepinas: Miorrelajante Ansiolítico. Antipánico. Anticonvulsivantes.

Efecto adverso: Los pacientes geriátricos y debilitados, pacientes con trastornos hepáticos son más sensibles a las benzodiazepinas en el SNC. Pueden aparecer mareos o sensación de mareos, somnolencia y raramente alteraciones del comportamiento, alucinaciones, rash cutáneo o prurito, cansancio y debilidad no habituales, trastornos de la micción.

2.13.1 TRATAMIENTO DEL EPISODIO AGUDO MANIACO.

En la manía leve-moderada debe tratarse la mono-terapia con estabilizadores del humor neurolépticos deben de ser de elección en la manía psicótica. Algunas guía de practica clínicas empiezan a incluir a los antipsicóticos atípicos como mono-terapia en la manía da sin distinción de subtipos. En Europa principalmente ha habido preferencia por el uso de los antipsicóticos sobre los estabilizadores del humor en el episodio agudo maniaco.

En la manía más grave el tratamiento será la combinación de estabilizadores y antipsicóticos, puede ser recomendable como tratamiento coadyuvante para mejorar la agitación y el insomnio el empleo de benzodiazepinas (Lorazepam o Clonazepam).

2.13.2 TRATAMIENTO EN LA DEPRESIÓN BIPOLAR.

El empleo de antidepresivos en la depresión bipolar presenta el problema de favorecer el viraje a la fase maníaca y la recurrencia, hasta el punto de haberseles relacionado, principalmente a los antidepresivos Tricíclicos, con el curso de ciclos rápidos por lo que su uso plantea problemas de cuando introducirlo y retirarlo.

Por otra parte, deberá tenerse presente la capacidad antidepresiva de los estabilizadores del humor, principalmente de las sales de litio y la Lamotrigina de las que existen indudables pruebas de eficacia antidepresiva por lo que se elegirán estas sustancias como tratamiento de primera elección. Si ya estuviese realizando tratamiento con el estabilizador del humor, un ajuste de dosis podría ser la opción terapéutica.

Si se decide, debido a la intensidad del cuadro clínico, que debe introducirse un antidepresivo siempre deberá administrarse, junto al estabilizador del humor, eligiéndose aquellas sustancias que sean más seguras a la hora de evitar los inconvenientes antes señalados como los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

APARTADO III

Diseño Metodológico

3.1 TIPO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Indicación Prescripción

Se selecciona una indicación clínica como es el trastorno Bipolar Afectivo en mujeres ingresadas con un rango de edad de 45 a 65 años, analizando los fármacos prescritos para dicha patología.

Cualitativo.

El estudio se basa en la teórica sobre la patología en cuestión para luego emplear los materiales para recolección de datos e información. *(Véase página 36)*

Tipo Descriptivo

El estudio especifica las características de las pacientes que padecen TAB, los expedientes clínicos y el manejo fármaco-terapéutico para el tratamiento de dicho trastorno.

Corte transversal

Porque el estudio se extiende a través del periodo comprendido de Enero-Septiembre 2012, la cual se evalúa el tratamiento farmacológico en mujeres ingresadas en los pabellones 2 y 3 del hospital psicosocial José Dolores Fletes Valle.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, Managua, Distrito II. En el período comprendido de Enero-Septiembre 2012; ubicado en el Km 5 carretera Sur, contiguo a ENACAL.

Cuenta con 38 habitaciones, 193 camas y una farmacia; 5 pabellones: pabellón N° 1 (sala de emergencia, 72 horas); pabellón 2 y 3 (mujeres hospitalizadas); 4 y 5 (varones hospitalizados) y sala de Consulta externa de paciente ambulatorio *(Véase Anexo 2)*.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo

Todas las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Trastorno afectivo bipolar en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense, correspondiente a 44 pacientes.

Muestra

Conformada por pacientes ingresadas en el Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, con trastorno afectivo bipolar, del sexo femenino, con edades comprendidas entre 45-65 años, constituida por 19 pacientes en el cual se encuentra distribuidas de la siguiente manera: 3 pacientes en el pabellón N^o 2y 16 pacientes en el pabellón N^o3.

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con trastorno Afectivo Bipolar.(TAB)
- Pacientes Mujeres.
- Edades de 45-65 años.
- Pacientes ingresados en los pabellones 2 y 3

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes fuera de las edades.
- Los que no padecen la patología.
- Género masculino.
- Pacientes que no están ingresados en los pabellones 2 y 3 del Hospital.

3.4 VARIABLES

3.4.1 ENUMERACIÓN DE LA VARIABLES

Variable Independiente

- Edad.

Variables Dependientes

- Tipos de episodios bipolares.
- Tratamiento Farmacológico.
- Grupo Farmacológico
- Cumplimiento del Protocolo de Atención del Trastorno Bipolar Afectivo del Ministerio de Salud (MINS)

3.4.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Cantidad de tiempo que ha pasado desde el nacimiento de la misma, hasta el presente	Años	45 a 55 Años 56 a 65 Años.
Tipos de Episodios Bipolares	Diagnostico fundado en signos y síntomas al momento de la prescripción	Condiciones	Psicosis afectiva unipolar. Depresiones mayores bipolares.
Tratamiento Farmacológico	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.	Se especificará	Antidepresivos Anticonvulsivantes Benzodiazepina Antipsicóticos
Cumplimiento Del Protocolo De Atención Del Trastorno Bipolar Afectivo	Cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según normas internacionales y guías de la Institución.	Adecuado Inadecuado	Si No

3.5 MATERIAL Y MÉTODO

3.5.1 Materiales para recolectarla información

Previo a la recolección se solicitó información a la dirección del hospital para tener acceso a las estadísticas hospitalarias. La fuente de la información fue a través de los expedientes clínicos y perfiles farmacoterapéuticos de los pabellones 2 y 3. Se solicitaron 44 expedientes clínicos y fueron revisados exhaustivamente, luego se seleccionaron los que cumplieran con los criterios de inclusión descritos anteriormente (19 expedientes) y posteriormente se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos (*Véase Anexo I*).

3.5.2 Materiales para procesarla información.

La información obtenida se organizó con el procesador de texto Microsoft Word 2010, se ingresaron datos en el programa estadístico EPI-INFO versión 7 y con ayuda del programa Microsoft office Excel 2010 se realizó el análisis de la información en tablas y gráficos.

3.5.3 Aspectos éticos

Se solicitó el permiso de las autoridades para el acceso a las estadísticas hospitalarias con el compromiso de respetar la integridad ética en nuestro trabajo. En ningún momento se registro el nombre de los pacientes, sino solamente el número de los expedientes clínicos para la recolección de datos.

3.5.4 Método

Método hipotético deductivo

El manejo farmacológico que se les brinda a las pacientes ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense no es del todo adecuado. Los fármacos prescritos a las pacientes con trastorno afectivo bipolar no son los más apropiados para el control de dicho trastorno.

APARTADO IV

Resultados

Análisis y discusión de los resultados

4.1 RESULTADOS

Se analizaron 19 perfiles Farmacoterapéuticos de pacientes del sexo femenino entre las edades de 45 a 65 años, ingresadas en los pabellones 2 y 3 del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle, sometidas a tratamientos farmacológicos con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, constando que las edades que sobre salen en el estudio se ubican en el rango de 45 a 55 años con 11 pacientes que equivalen al 57.9 % y 8 pacientes con 42.1% en el rango de 56 a 65 años. (Tabla 1) *ver anexo 3*

El pabellón 2 se encontraron 3 mujeres crónicas diagnosticadas con trastorno bipolar equivalentes a 15.8%, y en el pabellón 3 a 16 pacientes equivalentes 84.2%.

El diagnóstico psiquiátrico en las mujeres ingresadas en pabellones 2 y 3 que predominó fue depresiones mayores bipolares 11 pacientes equivalente a 57.9% y con psicosis afectiva unipolar (manía) 8 pacientes equivalente a 42.1%. (Tabla 2) *ver anexo 4*

El Grupo farmacológico con mayor relevancia son los antipsicóticos con un frecuencia de 22 prescripciones equivalente a 34.4%, seguido de los Anticonvulsivantes con una frecuencia de 17 prescripciones correspondiente a 26.6%, benzodiacepinas con 23.4% equivalente a una frecuencia de 15 prescripciones, y antidepresivos con un 15.6% correspondiente a una frecuencia de 10 prescripciones. (Tabla 3) *ver anexo 5*

Según el uso de los antipsicóticos el fármaco más prescrito fue Haloperidol tableta de 5 mg con una frecuencia de 13 prescripciones equivalentes a 20.3%, clorpromazina tableta de 100 mg con 7 prescripciones equivalente a 10.9% tioridazina tableta de 2 mg con 1 prescripción equivalente a 1.6% y risperidona tableta de 2 mg con 1 prescripción equivalente a 1.6%. (Tabla 4) *ver anexo 6*

Según el empleo de los anticonvulsivantes el de mayor uso fue Ácido Valproíco tableta 250 mg con una frecuencia de 9 prescripciones equivalente a 14.1% y Carbamazepina tableta de 200 mg con 8 prescripciones equivalente a 12.5%. (Tabla 5) *ver anexo 7*

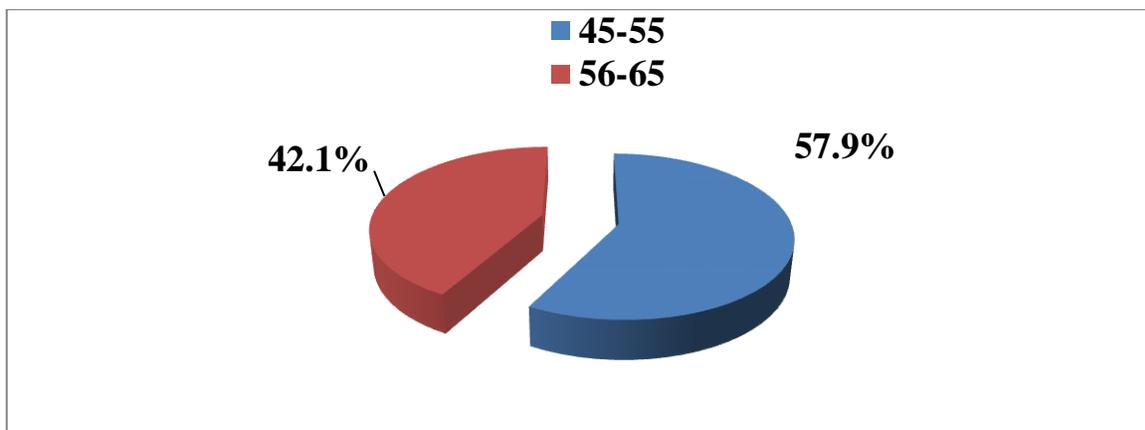
Según el uso de las benzodiacepinas el de mayor uso fue Lorazepam tableta de 2 mg con 8 prescripciones equivalente a 12.5% seguido de diazepam tableta de 5 mg con 5 prescripciones equivalente a 7.8% clonazepam tableta de 2 mg con 2 prescripciones equivalente a 3.1%. (Tabla 6) *ver anexo 8*

Perteneciente al grupo de Antidepresivos se utilizó Citalopram tableta de 40 mg con 5 prescripciones equivalente a 7.8%, imipramina tableta de 25 mg con una frecuencia de 4 prescripciones equivalente a 6.2% y Sertralina tableta de 50 mg con 1 prescripción equivalente a 1.6%. (Tabla 7) *ver anexo 9*

Hubo un incumplimiento del Protocolo del trastorno afectivo Bipolar en 16 pacientes equivalentes a 84.2% y un cumplimiento de 3 pacientes equivalentes a 15.8 %. (Tabla 8) *ver anexo 10*

4.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Grafico No.1 Caracterización de los pacientes según edad de los Pacientes.



Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

De los expedientes analizados, 11 pacientes equivalen al 57.9 % entre las edades de 45 a 55 años y 8 pacientes representan el 42.1% encontrándose en el rango de 56 a 65 años.

La relación entre el trastorno y la edad radica que entre más jóvenes las pacientes, serán más propensas son a padecer el trastorno afectivo bipolar.

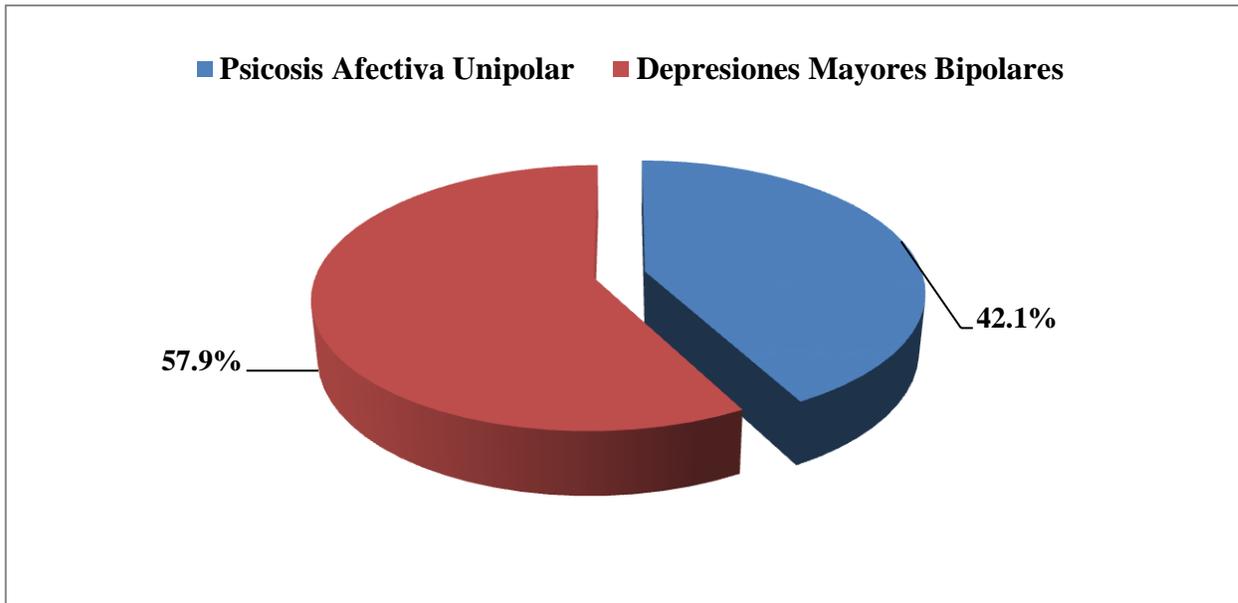
Estudios recientes han encontrado que se puede estratificar la edad de comienzo de las crisis maníacas en tres grupos: uno de ellos de inicio juvenil (edad media 17.6 años) que comprende el 28% de los sujetos; un segundo grupo, mayoritario con una edad promedio de 25 años que incluiría el 50% de los casos y finalmente un grupo con una edad de inicio de 40.4 años con el 22% de los casos³. Este último grupo correspondería a los TBCT (Trastornos Bipolares de comienzo tardío) y se diferenciaría de los anteriores por su menor carga genética y el mayor riesgo de evolucionar hacia cuadros neurodegenerativos^{4, 5} por lo que actualmente se tiende a concebirlos como entidades distintas.

³ Bellivier F, Golmard J, Rietschel M, et al. Age at Onset in Bipolar I Affective Disorder: Further Evidence for Three Subgroups. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 999-1001.

⁴ Deep C, Jeste D. Bipolar disorders in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*. 2004; 6: 343-367.

⁵ Moorhead S, Young A. Evidence for a late onset bipolar- I disorder sub-group from 50 years. *J Affect Disord*. 2003; 73: 271-277.

Caracterización de pacientes bipolares, según Tipo de Episodios Depresivos.

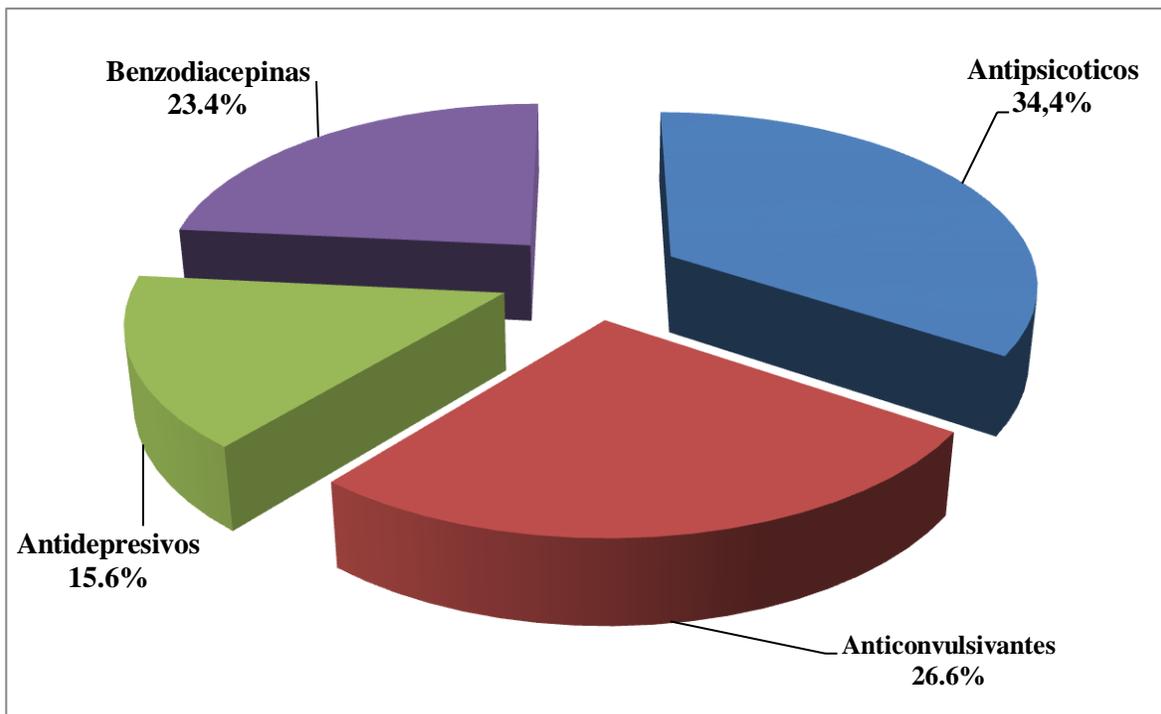


Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

Según los tipos de episodios bipolares, el de mayor frecuencia fue el de depresiones mayores con 11 pacientes correspondientes a 57.9%. En segundo lugar encontramos el episodio de Psicosis afectiva unipolar (manía) con 8 pacientes equivalente a 42.1%.

Según el tipo de episodio bipolar que presentó una mayor incidencia fue depresiones mayores bipolares, esto porque los acontecimientos adversos más temidos y frecuentes suelen guardar relación con el estado de salud, los problemas económicos, enfermedades de personas cercanas, víctimas de un delito o agresión y muerte de familiares, falta de apoyo social. Esto conlleva a una mayor tendencia a pensamientos suicidas y se produce un aumento de la sensación subjetiva de bienestar y riesgo de desarrollar depresión en esta etapa de la vida.

Grafico No.2 Caracterización de pacientes según Grupo Farmacológico.

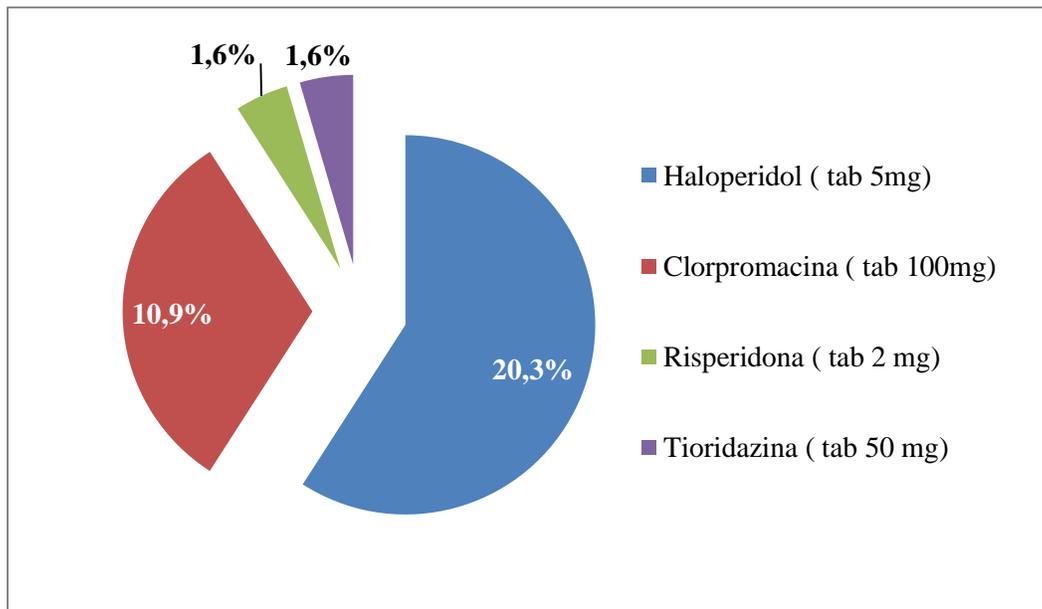


Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

El grupo de mayor utilización fue el grupo de los antipsicóticos, esto por controlar los síntomas en pacientes de difícil manejo su acción es más rápida comparada con los anticonvulsivantes, su empleo debe limitarse a los periodos de crisis, y siempre en combinación con un estabilizador del ánimo. Los anticonvulsivantes son utilizados para prevenir las recaídas de la patología bipolar tanto en el extremo de manía como en el depresivo, por lo que algunos fármacos poseen especificidad en cuanto a la prevención de ambos episodios en particular.

Los antidepresivos fueron prescritos por su utilidad en el tratamiento de las depresiones mayores, ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el descontrol de impulsos y dolores crónicos. Las benzodiacepinas se prescribieron ya que tienen propiedades ansiolíticas, miorrelajantes, hipnótico-sedantes y anticonvulsivas, que en ocasiones son de utilidad en el tratamiento del TAB. Presentan utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica.

Uso de los Antipsicóticos en pacientes bipolares



Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

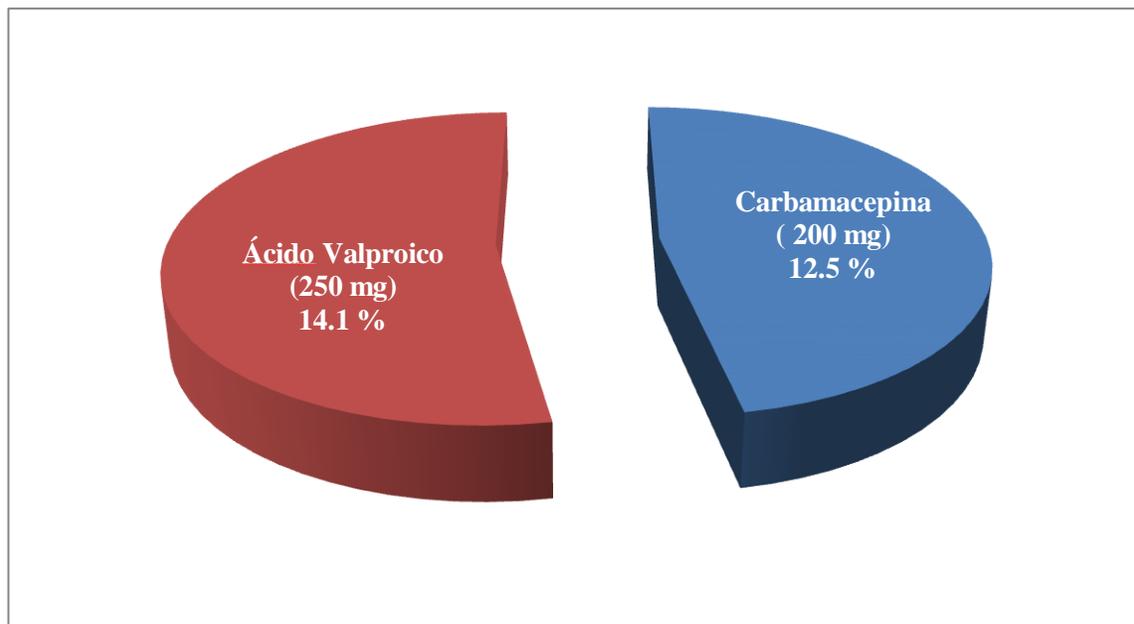
Se utilizó Haloperidol tableta 5 mg con 13 prescripciones equivalente a 20.3%, Clorpromazina tableta 100 mg con 7 prescripciones equivalente a 10.9%, Risperidona tableta 2 mg y Tioridazina tableta 50 mg, ambos fármacos con una prescripción equivalente a 1.6%.

Según Guía Práctica Clínica Sobre Trastorno Bipolar⁶ el uso de haloperidol se debe a sus elevados niveles de eficacia en el tratamiento de la manía en el control de los episodios de agitación psicomotora y además coadyuvante en el tratamiento de los estados graves de ansiedad.

La sobre prescripción de dicho fármaco se debe al intento de controlar a las pacientes descompensadas, ya que la mayor acción tranquilizante neuroléptica, es la más importante y la que determina su utilización en la psiquiatría.

⁶ Guía Práctica Clínica Sobre Trastorno Bipolar Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.

Uso de las Anticonvulsivantes en pacientes bipolares



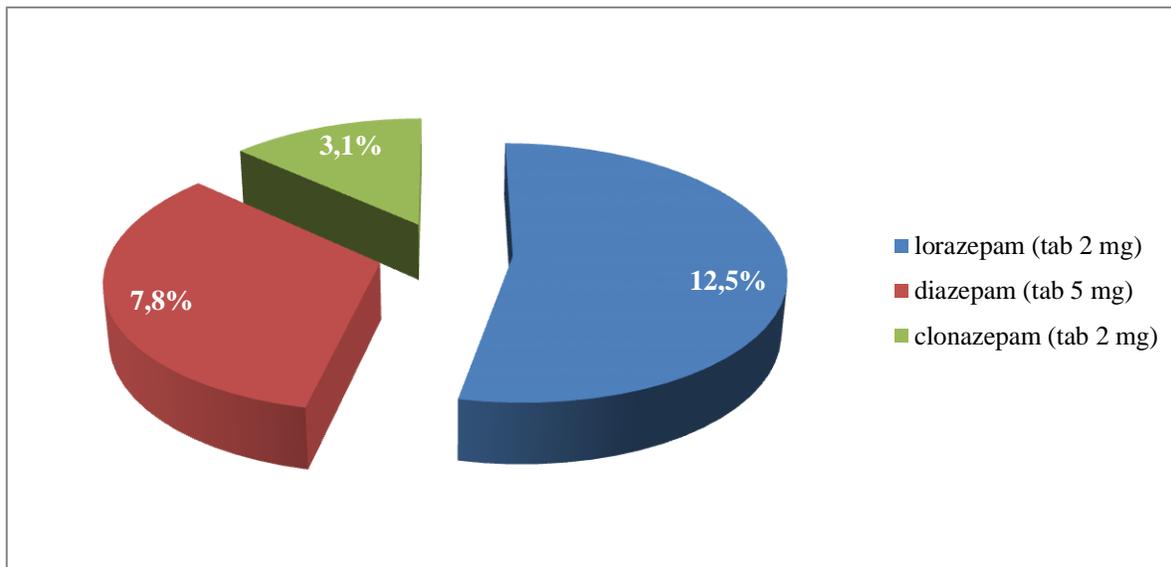
Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

La evidencia de los anticonvulsivantes demostró que el de mayor uso fue el ácido Valproíco tableta 250 mg con 9 prescripciones equivalente a 14.1% y Carbamacepina tableta 200 mg con 8 prescripciones equivalente a 12.5%.

El Ácido Valproíco es eficaz en episodios maníacos asociados con desorden bipolar, siendo este, el segundo fármaco de elección a nivel intra-hospitalario para las crisis de ausencia y para tranquilizar al paciente, actualmente se utiliza en la práctica clínica. El protocolo de atención del trastorno bipolar en Nicaragua, recomienda el uso de Carbonato de Litio, ácido Valproíco y Carbamacepina en cuanto a la prevención de episodios maníacos y depresivos.

Es importante señalar que el fármaco de primera elección es el Carbonato de Litio pero este fue retirado por Ministerio de Salud debido ya que su margen terapéutico es muy estrecho, actualmente lo fabrica laboratorios Divina, en Nicaragua, y se obtiene por donaciones.

Uso de las benzodiazepinas en pacientes bipolares.



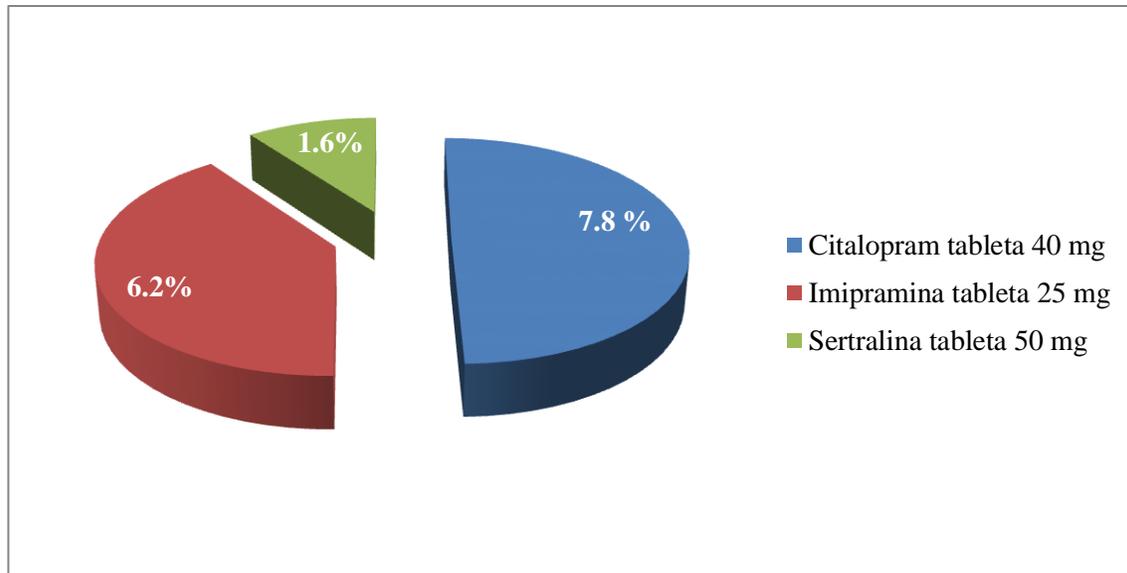
Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

Según los resultados obtenidos se prescribió Lorazepam tab. 2 mg. Esto por ser un fármaco de acción intermedia (14 horas⁷) su empleo se realiza para las pacientes en que la sedación extrema no es necesaria. Las benzodiazepinas de acción prolongada (50 horas⁸) como el diazepam se evidencia el efecto ansiolítico durante el día, o cuando alguna alteración de la función psicomotora pueda resultar un inconveniente.

Se logra constatar que la lorazepam se considera el fármaco de primera elección debido a sus propiedades hipnóticas, miorrelajantes y amnésicas, son relativamente más débiles que las otras benzodiazepinas por lo que le confiere un perfil de efectos secundarios mejor tolerado cuando se utiliza como ansiolítico o anticonvulsivo recidivante. Cabe mencionar que las benzodiazepinas no deben administrarse durante más de 4 semanas, su utilización puede inducir a dependencia y síndrome de abstinencia.

^{7,8} Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (<http://www.guiasalud.es>).

Empleos de los antidepresivos en pacientes bipolares.



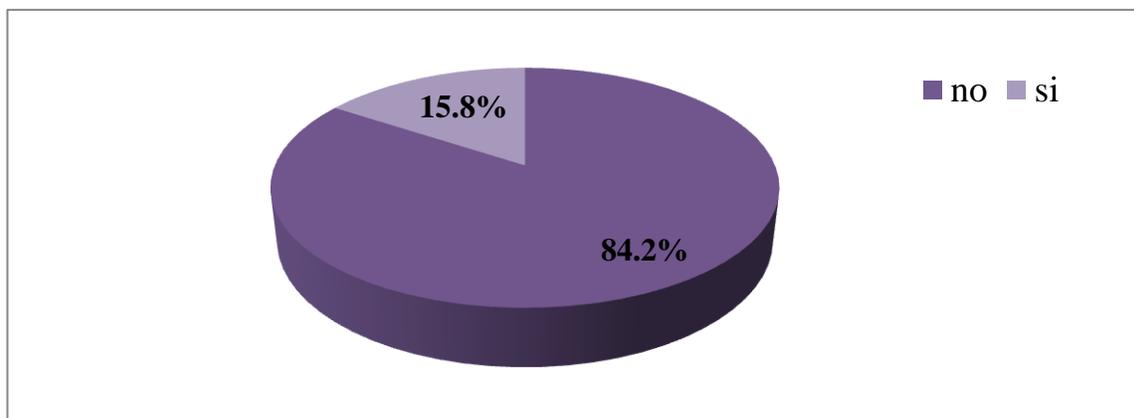
Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

En cuanto al empleo de los antidepresivos el de mayor predominio es Citalopram tableta 40 mg con 5 prescripciones equivalente a 7.8%.

El rol de los antidepresivos en el manejo farmacológico de mantenimiento del trastorno afectivo bipolar durante la etapa aguda de los episodios depresivos se ha demostrado efectivo; sin embargo, existen conflictos en cuanto a su utilización a largo plazo debido a la posibilidad de inducción de cambios en el estado de ánimo. Se recomienda su retirada después del episodio depresivo.

La Citalopram es uno de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) utilizado en el trastorno bipolar, este fármaco antidepresivo se prescribe para el cuidado de la depresión de rutina, ya que presenta una reducción moderada de los síntomas de agitación y psicosis, ha sido más prescrito que otros antidepresivos y es aceptable debido a que presentan menos efectos adversos.

Grafico No.3 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según el Protocolo del Trastorno Bipolar Afectivo del Ministerio de Salud en pacientes bipolares.



Fuente de Información: Perfiles Farmacoterapéuticos

El fármaco más prescrito fue Haloperidol de 5mg, un antipsicótico que no es de primera elección para este trastorno en un intento por controlar a las pacientes descompensadas con episodios maníacos. Según la literatura revisada, las guías internacionales⁹ de manejo farmacológico para el trastorno afectivo bipolar y guía nacional¹⁰ recomiendan el uso de Carbonato de Litio, Ácido Valproíco y Carbamacepina como reguladores del estado de ánimo en el tratamiento a largo plazo para la prevención de episodios de manía y Lamotrigina en la prevención de episodios depresivos de esta patología.

Al valorar el esquema de tratamiento farmacológico en pacientes ingresadas en el Hospital Psicosocial Nicaragüense se evidencia un incorrecto empleo del esquema terapéutico en cuanto a la prevención de episodios maníacos y depresivos, ya que no se están prescribiendo los estabilizadores del ánimo sino que están poniendo sobre estos otros fármacos que ayudan solo en episodios de emergencia, por lo que implica un problema clínico multideterminado, y, por lo tanto, debe realizarse una evaluación individualizada, que se centre en el buen manejo terapéutico.

⁹ Asociación Española de Neuropsiquiatría (2012) y Organización Panamericana de la salud.

¹⁰ Protocolo de atención del trastorno afectivo bipolar en Nicaragua.

APARTADO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 CONCLUSIONES.

1. En la población de pacientes con Trastornos Afectivos Bipolares, ingresadas durante el período de Enero a Septiembre del 2012, se demostró que la edad predominante fue el rango de 45 a 55 años.
2. Se indicó del grupo de los antipsicóticos Haloperidol tableta 5 mg, seguido de los anticonvulsivantes, el de mayor uso fue Ácido Valproíco tableta 250 mg, luego las benzodiazepinas el de mayor uso fue Lorazepam tableta de 2 mg. Y por último los antidepresivos con Citalopram tableta de 40 mg.
3. El fármaco más prescrito para el diagnóstico trastorno Afectivo Bipolar, fue Haloperidol de 5 mg, aun no siendo el de primera elección pero tomando en cuenta los niveles de eficacia en dicha patología.
4. Se hizo constar que la mayoría de las pacientes ingresadas, no reciben el tratamiento adecuado para dicha patología, tomando en cuenta el protocolo de Atención del Trastorno Afectivo Bipolar recomendado por el Ministerio de Salud. (MINSa) que señala el empleo de estabilizadores del ánimo sobre los antipsicóticos.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Mayor control en el diagnóstico temprano de los episodios en la enfermedad afectiva, evitando así el uso inadecuado de los fármacos.
2. Estimular investigaciones que comprueben la utilidad y eficacia de los tratamientos farmacológicos que se implementan en el Hospital Psicosocial Nicaragüense y que se administran a los Pacientes.
3. Analizar el esquema de tratamiento de las pacientes crónicas, recomendando el tratamiento adecuado por el protocolo del trastorno afectivo bipolar del ministerio de salud y Guías internacionales.
4. Reevaluar constantemente el protocolo de atención del trastorno afectivo bipolar así como un margen de estandarización en general para todo el personal médico donde es necesaria la unificación de criterios a nivel nacional en cuanto al manejo farmacológico a largo plazo del paciente bipolar para que de esta manera se brinde un tratamiento eficaz que mejore su calidad de vida e integración a la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. D'Ottone Álvaro. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en el Adulto. Revista Psiquiatría Uruguay 2008; Vol. 72 N°1: pág. 21-64
2. Compendio de Protocolo, Ministerio De Salud. Hospital Docente Psicosocial. Dr. José Dolores Fletes Valles. Protocolo de atención del trastorno bipolar .Revisión y adaptación por Dra. Cynthia Cabrerías Gutiérrez. 2010. Pág. 4-13.
3. Figueras A, Vallano A, Narváez E. Estudio de Utilización de medicamentos. MINSA; Edición Junio 2003. Managua, Nicaragua.
4. Gijssman H, Geddes J, Rendell J et al. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. Am J Psychiatry 2004; 161: 1537–1547.
5. Henry C, Demotes-Mainard J. Avoiding drug-induced switching in patients with bipolar depression. Drug Saf 2003; 26: 337–351.
6. Kusumakar V. Antidepressants and antipsychotics in the longterm treatment of bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2002; 63, 10: 23–28.
7. Merck Sharp y Dhome, nuevo manual Merck de información médica general. MM editorial océano.
8. López Piuar, Julio. Metodología de la investigación científica/un enfoque integrador. Sexta edición, Xerox, 2008. Managua, Nicaragua.
9. Organización Panamericana de la Salud “Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud” Edición original en inglés © WorldHealth Organization 2009. Washington, D.C.: OPS, © 2010.
10. Sampier R, Collado, Lucido. Metodología de la investigación. Cuarta edición. McGraw-Hill interamericano.
11. Torres S, Ferrer L. Trastornos Psiquiátricos en Enfermedades Neurológicas. En: Rojo José, Cirera Esteve, eds. Interconsulta psiquiátrica; 1999:153-174.

Web site:

12. Asociación Española de Neuropsiquiatría(2012),Guía de Practica Clínica Sobre TrastornoBipolar(www.aen.es/index.php?option=com_content&view=article&id=564:guia-de-practica-clinica-sobre-trastorno-bipolar&catid=365:noticias-portada&Itemid=80)
13. Bipolar Disorder: Signs and Symptoms (www.mayoclinic.com/health/bipolar-disorder/DS00356/DSECTION=2) ». Mayo Clinic.
14. Brown,E.Sherwood(2006).Trastornobipolar(books.google.com.ve/books?id=QvxOOG5-IsMC)(en español), El severa, España.
15. Depresión y sus Mascaras: Aspectos Terapéuticos.
(books.google.com.ni/books?id=Yvp51Web9JsC&printsec=frontcover&dq=la+depression+y+sus+mascaras&hl=en&sa=X&ei=r_ojUbbxM4v69gTy6oHoDA&ved=0CCoQ6AEwAA). Accesado 19 de febrero de 2013.

ANEXOS

**Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad De Ciencias E Ingenierías
Departamento De Química
Ficha De Recolección De Datos**

El instrumento que se presenta tiene como finalidad recolectar datos confiables en base al protocolo de atención del trastorno bipolar del Ministerio de Salud (MINSA) que posteriormente se analizara.

No. de Expediente:

Fecha de ingreso :

Edad: _____

Unión libre: _____

Lugar de Procedencia: Rural _____ Urbano _____

• **Trastorno Psiquiátrico:**

Psicosis afectiva unipolar: _____

Depresiones mayores bipolares: _____

• **Grupo Farmacológico:**

Antidepresivos: Si _____ No _____

Anticonvulsivantes: Si _____ No _____

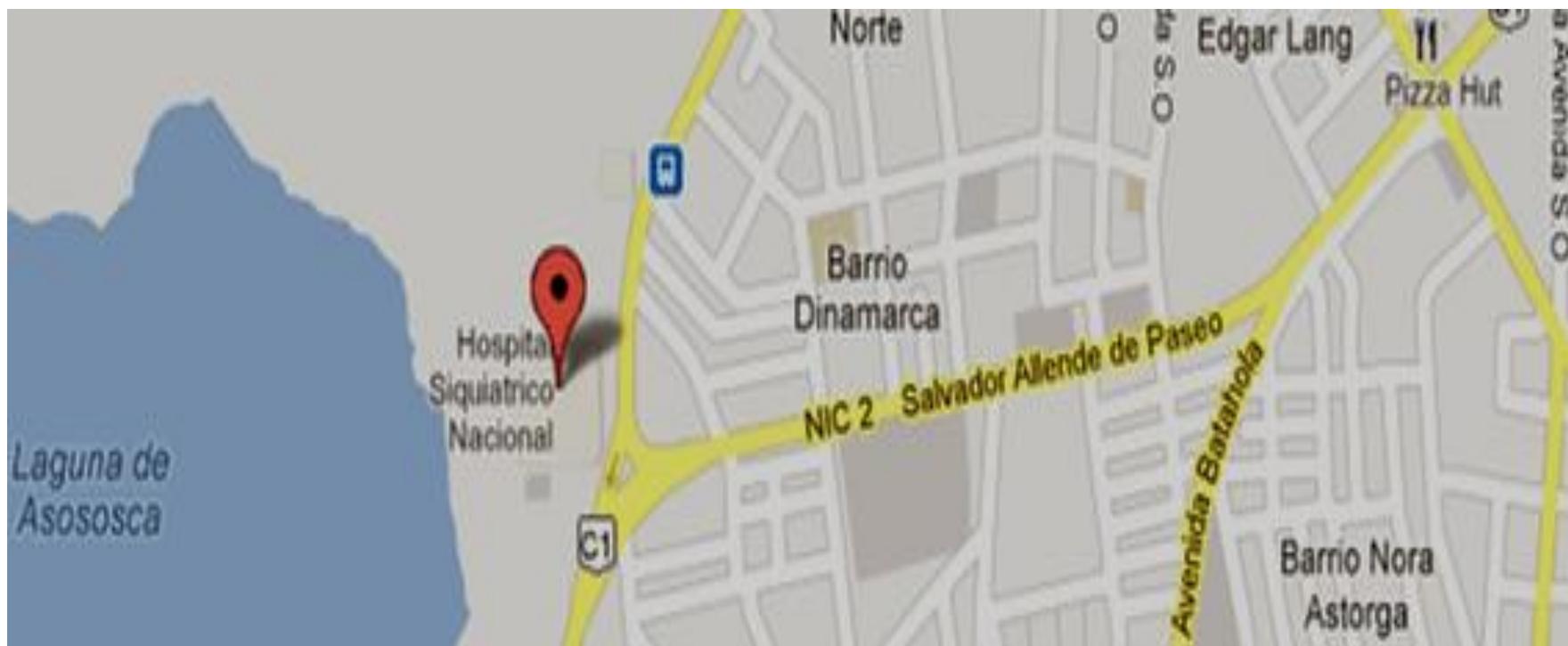
Benzodiacepinas: Si _____ No _____

Antipsicóticos: Si _____ No: _____

Cumplimiento del Protocolo de Atención del trastorno afectivo bipolar.

Si: _____ No: _____

Ubicación Satelital del Hospital Nacional Psiquiátrico José Dolores Fletes Valle. Distrito II. Managua.



Ubicación del Área de Estudio: se muestra la posición Geografía del Hospital Psicosocial Nicaragüense José Dolores Fletes Valle Distrito II Managua.

Tabla No. 1 Caracterización de las Pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar Ingresadas en los Pabellones 2 y 3 del Hospital José Dolores Fletes Valle. Managua.

Variable	Número	Porcentaje
Edad		
45-55 Años	11	57.9%
56-65 Años	8	42.1%
TOTAL	19	100%

Tabla No. 2 Caracterización de pacientes bipolares ingresados de Enero a Septiembre del 2012 según Trastorno Psiquiátrico.

Trastorno Psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Psicosis Afectiva Unipolar	8	42.1%
Depresiones Mayores Bipolares	11	57.9%
TOTAL	19	100%

Tabla No. 3 Caracterización de pacientes bipolares ingresados de Enero a Septiembre del 2012 según Grupo Farmacológico.

Grupo Farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Antipsicóticos.	22	34.4%,
Anticonvulsivantes.	17	26.6%
Benzodiacepinas.	15	23.4%
Antidepresivos.	10	15.6%.
TOTAL	64	100%

Tabla No. 4 Uso de las Antipsicóticos en pacientes bipolares

Antipsicóticos	Frecuencia	Porcentaje
Haloperidol (tab. 5mg)	13	20,3%
Clorpromazina (tab. 100mg)	7	10,9%
Risperidona (tab. 2 mg)	1	1,6%
Tioridazina (tab. 50 mg)	1	1,6%
TOTAL	22	34.4%

Tabla No. 5 Uso de las Anticonvulsivantes en pacientes bipolares ingresadas

Anticonvulsivantes	Frecuencia	Porcentaje
Ácido Valproílico (tab. 250 mg)	9	14.1%
Carbamacepina (tab. 200 mg)	8	12.5%
TOTAL	17	26.6%

Tabla No. 6 Uso de las benzodiacepinas en el manejo farmacológico en pacientes bipolares.

Benzodiacepinas	Frecuencia	Porcentaje
Lorazepam (tab. 2 mg)	8	12.5%
Diazepam (tab. 5 mg)	5	7.8%
Clonazepam (tab. 2 mg)	2	3.1%
TOTAL	15	23.4%

Tabla No. 7 Empleos de los Antidepresivos en pacientes bipolares.

Antidepresivos	Frecuencia	Porcentaje
Citalopram (tab. 40 mg)	5	7.8%
Imprimida (tab. 25 mg)	4	6.2%
Sertralina (tab. 50 mg)	1	1.6%
TOTAL	10	15.6%

Tabla No. 8 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según el Protocolo del Trastorno Bipolar Afectivo del Ministerio de Salud en pacientes bipolares.

Cumplimiento Del Esquema De Manejo Farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	15.8 %
NO	16	84.2%
TOTAL	19	100%

**TABLA No. 9 EXPEDIENTES DE LAS PACIENTES DEL PABELLON 2 Y 3 DEL HOSPITAL DOCENTE
DE ATENCION PSICOSOCIAL.**

EXPEDIENTE	EDAD	ESTO CIVIL	LOCALIDAD	TIPOS DE EPISODIOS
Expediente 1	56	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 2	45	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 3	47	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 4	55	Soltera	Rural	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 5	50	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 6	50	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 7	50	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 8	48	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 9	53	Casada	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 10	45	Soltera	Rural	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 11	59	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 12	60	Soltera	Rural	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 13	45	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 14	61	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 15	61	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 16	55	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 17	65	Soltera	Urbanas	Psicosis Afectiva Unipolar
Expediente 18	65	Soltera	Urbanas	Depresiones Mayores Bipolares
Expediente 19	45	Soltera	Rural	Psicosis Afectiva Unipolar

Glosario





1. **Acatisia:** Es la incapacidad para mantenerse quieto que se acompaña de una sensación de intranquilidad a nivel corporal, sin llegar a la angustia.
2. **Agorafobia:** palabra proveniente del griego que significa literalmente "miedo a la plaza del mercado". Se trata de un trastorno de ansiedad con temor de sufrir un ataque de pánico en lugares o situaciones de los cuales puede ser difícil o a vergonzante escapar.
3. **Agranulocitosis:** Es una insuficiencia de la médula ósea para producir suficientes glóbulos blancos (neutrófilos). La médula ósea es el tejido blando dentro de los huesos que ayudan a formar células sanguíneas.
4. **Agresividad:** uso de la violencia en la interacción con algo o alguien. Podría producirse en la interacción con uno mismo, lo que recibiría el nombre de auto agresividad.
5. **Alteraciones Arterioesclerosis:** es un término general utilizado en medicina humana y veterinaria, que se refiere a un endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre.¹ La arteriosclerosis por lo general causa estrechamiento (estenosis) de las arterias que puede progresar hasta la oclusión del vaso impidiendo el flujo de la sangre por la arteria así afectada.
6. **Alteraciones Cognitivas:** Es la alteración de las funciones cognitivas, tales como memoria, orientación, lenguaje, atención, aprendizaje, conducta.
7. **Alucinaciones:** fuerte percepción de un evento u objeto que no ocurre en la realidad en el momento presente; puede involucrar cualquiera de los sentidos (es decir, el visual, auditivo, gustativo, olfatorio o táctil).
8. **Amenorrea:** ausencia o cese de los ciclos menstruales.
9. **Anorgasmia:** es la inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal, y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo. Es, junto con la falta de deseo, una de las disfunciones sexuales más comunes de la mujer.
10. **Ansiolíticos:** Tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño.

- 11. Antidepresivos:** Usados en el tratamiento de los trastornos depresivos, son capaces de modificar positivamente el grado de retraimiento, el nivel de actividad y los signos vegetativos de la depresión.
- 12. Antimaníacos:** son agentes Antimaníacos utilizados fundamentalmente en: Manía aguda, Episodios de hipomanía, Profilaxis a largo plazo de trastornos bipolares., Eficaces en la prevención de episodios maniaco recidivantes.
- 13. Antipsicóticos:** pueden tratarse con Antipsicóticos síntomas tales como: agitación, rabia, hiperactividad a estímulos sensoriales, alucinaciones, ideas delirantes, paranoia y agresividad.4.- Otras indicaciones son el tratamiento de los vómitos, el hipo y el vértigo refractarios.
- 14. Aplásica:** Es el desarrollo incompleto o defectuoso de las líneas celulares de la médula ósea. La producción disminuida de eritrocitos produce anemia.
- 15. Ataxia:** Es un síntoma o enfermedad que se caracteriza por provocar la descoordinación en el movimiento de las partes del cuerpo de cualquier animal, incluido el hombre. Esta descoordinación puede afectar a los dedos y manos, a los brazos y piernas, al cuerpo, al habla, a los movimientos oculares, al mecanismo de deglución.
- 16. Autoestima:** sentimientos acerca de uno mismo.



- 17. Benzodiazepinas:** Las benzodiazepinas son un grupo de compuestos de estructura similar que reducen la ansiedad cuando se administran a dosis bajas e inducen el sueño a dosis mayores. Las pautas clínicas recomiendan en general prescribir las benzodiazepinas para tratar la ansiedad o el insomnio grave, discapacitante y que causa angustia extrema. Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta que el uso de benzodiazepinas está asociado a problemas de dependencia y síndrome de abstinencia y por consiguiente deben usarse en la dosis eficaz mínima durante el menor tiempo posible (máximo 4 semanas).
- 18. Bloqueo atrio ventricular:** Es un término médico usado para un trastorno en la conducción eléctrica entre las aurículas y los ventrículos cardíacos. Por lo general se ve asociado con el nódulo auriculo ventricular, aunque puede ser causado por fallos

en otras estructuras de conducción cardíaca. Estos bloqueos pueden ser temporales, intermitentes o permanentes. Así mismo, se clasifican según su gravedad.



- 19. Cambios en el ECG:** Cambios en el electrocardiograma.
- 20. Ciclotimia:** Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica periodos de hipomanía y depresión leve con menos fluctuaciones en el estado de ánimo posible que las personas.
- 21. Concomitante:** Que acompaña a otra cosa; Tratamiento con dos o más medicamentos.
- 22. Crisis:** Es una etapa de florecimiento o incremento de los síntomas. Período especialmente difícil.
- 23. Crónico:** referencia temporal que señala la duración prolongada o evolución de un proceso (trastorno, episodio, enfermedad, síntoma...). Generalmente implica que duró, dura o durará años.



- 24. Delirio:** percepción considerada como verdadera por quien la percibe, a pesar de ser errónea. Existen varios tipos de delirio (por ejemplo, delirios de grandeza).
- 25. Depresión:** Trastorno depresivo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento.
- 26. Diplopía:** Es el término que se aplica a la visión doble, la percepción de dos imágenes de un único objeto. La imagen puede ser horizontal, vertical o diagonal.
- 27. Disartria:** Corresponde a una alteración en la articulación de las palabras. Se atribuye a una lesión del sistema nervioso central y periférico.
- 28. Disfasia:** Es un trastorno en la adquisición del lenguaje, afecta fundamentalmente la comprensión y expresión del lenguaje.
- 29. Dispepsia:** Todo trastorno de la secreción, motilidad o sensibilidad gástricas que perturben la digestión; designa cualquier alteración funcional asociada al aparato digestivo. Por lo general, se presenta cuando no hay una alimentación saludable.

- 30. Disquinesia Tardía:** caracteriza por movimientos anormales de la lengua, boca y cuerpo y cobra especial importancia porque estos síntomas no desaparecen siempre tras la retirada del fármaco y no tiene tratamiento conocido.
- 31. Distonía:** Es un trastorno del Sistema nervioso central de tipo neuroquimiomuscular que se transmite ya sea por vía genética o por un trauma de origen externo (golpe accidental, generalmente TEC). La distonía se presenta como un síndrome neurológico incapacitantes que afectan al sistema muscular afectando la tonicidad de un determinado grupo muscular en forma parcial o generalizada.



- 32. Eosinofilia:** La eosinofilia es la presencia de una cantidad anormalmente alta de eosinófilos en la sangre.
- 33. Eosinófilos:** Los eosinofilos son leucocitos (glóbulos blancos, encargados de la defensa inmunitaria).
- 34. Eritema multiforme:** Es una enfermedad de la piel de causa desconocida,¹ posiblemente mediada por el depósito de complejos inmunes (mayormente IgM) en la microvascularsuperficial de la piel y en la membrana mucosa de la boca que ocurre usualmente después de una infección o una exposición a drogas.
- 35. Esplenomegalia:** También conocida hipertrofia del bazo es un agrandamiento patológico del bazo o estructura esplénica más allá de sus dimensiones normales (11cm).
- 36. Esquizofrenia:** uno de los trastornos más complejos de la salud mental; consiste en una perturbación severa, crónico.
- 37. Estudio de utilización de medicamentos:** según la definición de la OMS, los que tratan de la regulación, comercialización, distribución y uso de fármacos en una sociedad, con énfasis especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes.
- 38. Estudio observacional:** Estudio epidemiológico analítico en el que el investigador no determina la asignación de los sujetos a cada grupo, sino que se limita a registrar

(observar) lo que ocurre en realidad. Puede ser de cohortes de caso y controles o transversal.

- 39. Estudio prospectivo:** Estudio en el que los datos recogidos se refieren a acontecimientos que han ocurrido antes del momento en que se decide comenzarlos.
- 40. Estudio retrospectivo:** Estudio en el que los datos recogidos se refieren a acontecimientos que han ocurrido antes del momento en que se decide.
- 41. Euforia:** sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada.
- 42. Expedientes clínicos:** es un documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médico, psicólogo, enfermero, kinesiólogo, odontólogo) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.



- 43. Factores Neurotróficos:** Son una familia de proteínas que favorecen la supervivencia de las neuronas. Estas sustancias pertenecen a una familia de factores de crecimiento que son un tipo de proteínas que se vierten al torrente sanguíneo y son capaces de unirse a receptores de determinadas células para estimular su supervivencia, crecimiento o diferenciación.
- 44. Farmaco antitiroideo:** Los fármacos anti tiroideos son un grupo de agentes, por lo general hormonas, que inhiben la síntesis, la liberación, la conversión periférica y los efectos en los órganos diana de las hormonas tiroideas.
- 45. Fármaco:** cualquier sustancia administrada a la especie humana para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para modificar una o más funciones fisiológicas.
- 46. Fluctuaciones:** Movimiento ondulatorio que se comunica a un líquido que se encuentra en una cavidad natural o patológica al percutir con la mano sobre la pared de la cavidad y que se percibe con la otra, situada en la parte opuesta de la cavidad.

47. Fobia: temor incontrolable, irracional y persistente ante un objeto, situación o actividad específicos.



48. Galactorrea: Es toda secreción láctea que sale a través de los canalículos de la mama, es decir, toda secreción de aspecto lechoso que es eliminada por el pezón de la mama.

49. Ginecomastia: Es el engrandecimiento patológico de una o ambas glándulas mamarias



50. Hematológicos: Es la especialidad médica que se dedica al tratamiento de los pacientes con enfermedades hematológicas, para ello se encarga del estudio e investigación de la sangre y los órganos hematopoyéticos (médula ósea, ganglios linfáticos, bazo).

51. Hiperreflexia: Exageración de los reflejos. Se utiliza el término para referirse a la exaltación de los reflejos clínico musculares.

52. Hipomanía: es un estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente alzado, expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal.

53. Hoja de recolección de datos: matriz (en forma impresa o electrónica) en la que se consignan de manera sistemática y estructurada las variables recogidas a lo largo de un estudio. Las variables pueden recogerse por entrevista del paciente, de la historia clínica, de otras fuentes o de varias de estas fuentes. El uso de hojas de recolección de datos estructuradas mejora la calidad de la información, disminuye el número de variables desconocidas, y en los estudios sujetos a sesgo de información disminuye las posibilidades de que este ocurra.

I

- 54. Ilusión:** percepción falsa; confundir algo por lo que no es.
- 55. Indicación- Prescripción:** orden para una medicación, un tratamiento o un dispositivo terapéutico dada por el médico a otra persona autorizada para dispensar o llevar a cabo la orden
- 56. Inhibidores De La MAO:** Inhibidores De La Monoaminoxidasa.
- 57. Intento de suicidio:** acción orientada a quitarse la vida que no logra provocar la muerte.

L

- 58. Leucopenia:** Reducción del número de glóbulos blancos en la sangre.
- 59. Linfadenopatía:** Es el término que se utiliza para describir la hinchazón de los ganglios linfáticos - órganos en forma de frijol que se encuentran debajo de la axila.
- 60. Logorrea:** Hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando.

M

- 61. Manía:** trastorno del estado de ánimo que puede caracterizarse por gran júbilo, impulsividad, irritabilidad, rapidez al hablar, nerviosismo, distracción y, o falta de sentido común.
- 62. Medicamento:** Sustancia o mezcla de sustancias utilizadas para prevenir o tratar una enfermedad o con finalidad diagnóstica.
- 63. Miastenia gravis:** Es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos (los voluntarios) del cuerpo.



- 64. Necrolisis tóxica epidérmica:** Erupción cutánea exfoliativa ampollar, generalizada aguda grave, causado por droga o drogas que puede evolucionar fatalmente.
- 65. Neurocognitivo:** Relacionado con la capacidad para pensar y razonar. Incluye la capacidad para concentrarse, recordar hechos, los procesos de información, aprendizaje, habla y comprensión.
- 66. Neurolépticos:** Dícese del medicamento sedante que actúa sobre el sistema neurovegetativo al provocar una inhibición de la excitación psíquica y motora (hiperactividad, agresividad).
- 67. Neutrófilos:** Son glóbulos blancos de tipo granulocito. Miden de 8.5 a 10 μm y es el tipo de leucocito más abundante de la sangre en el ser humano, representando en torno al 45-75% de los mismos. Su periodo de vida media es corto, durando horas o algunos días. Su función principal es la fagocitosis de bacterias y hongos.
- 68. Nistagmo:** Movimiento rítmico e involuntario de los ojos. Las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, giratorias o mixtas. El nistagmo más característico consiste en movimientos rítmicos, más rápidos en una dirección que en la contraria. Las causas más frecuentes son las lesiones del sistema vestibular, tanto periférico como central, y otras lesiones neurológicas.
- 69. Nosológico:** Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.



- 70. Parestesias:** Se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, producido por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso central o periférico.
- 71. Perfiles Farmacoterapéuticos:** Solución para abordar el análisis de la prescripción farmacéutica hospitalaria para procesos clínicos clave.
- 72. Polidipsia:** Es la denominación médica que se le da al aumento anormal de la sed y que puede llevar al paciente a ingerir grandes cantidades de líquidos, habitualmente agua.
- 73. Poliuria:** Consiste en una emisión de un volumen de orina superior al esperado.
- 74. Porfiria:** Es una serie de enfermedades ligadas a la acumulación de porfirinas (sector que almacena el hierro de los glóbulos rojos). Esta enfermedad ocasiona problemas en el sistema nervioso y en la piel. Es una enfermedad hereditaria, excepto la porfiria cutánea tarda, que es adquirida.
- 75. Priapismo:** Es una enfermedad que causa intenso dolor, por la que el pene erecto (sus cuerpos cavernosos) no retorna a su estado flácido por un tiempo prolongado (esa erección sucede en ausencia de estimulación física y psicológica).
- 76. Pautas Terapéuticas:**



- 77. Rash maculopapular o eritematoso:** Es un tipo de erupción se caracteriza por una zona plana y roja en la piel que está cubierta de pequeñas protuberancias . El término "maculopapular" es un compuesto: máculas son manchas pequeñas, planas descoloridas en la superficie de la piel, y pápulas son pequeñas protuberancias en relieve. También se describe como eritematosa , o rojo.
- 78. Recaída:** empeoramiento o reaparición de los síntomas de un determinado trastorno o enfermedad, después de una mejoría.
- 79. Recidivante:** Reaparición de una enfermedad después de curado de la enfermedad.



- 80. Sedantes-hipnóticos:** hipnóticos pueden emplearse para aliviar la ansiedad o inducir el sueño. Uso en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol y las drogas, como medicación preoperatoria y como relajantes musculares o agentes anticonvulsivos.
- 81. Signo:** expresión objetivable de algún proceso que está sucediendo (por ejemplo, enrojecimiento, inflamación).
- 82. Síndrome de Stevens-Johnson:** Es el eritema multiforme mayor, o sea, la más grave de sus manifestaciones. La forma más grave es causada generalmente por reacciones a medicamentos, en lugar de infecciones.
- 83. Síndrome:** Conjunto de signos y síntomas que caracteriza a una entidad patológica.
- 84. Síndromes Psíquicos:** Trastornos psíquicos pueden observarse en las psicosis, donde adquieren características de delirio, o en las neurosis, con menor intensidad, donde el paciente tiene cierta conciencia del carácter psicopatológico de sus síntomas.
- 85. Síntoma:** Expresión subjetiva, por tanto no objetivable, de algún proceso que está sucediendo (dolor, visión borrosa, pitidos en los oídos). Verborrea: Tendencia de quien habla demasiado o de quien para expresar poco utiliza muchas palabras.



- 86. Trastorno Afectivo Bipolar:** También conocido como trastorno afectivo bipolar (TAB) y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva (PMD), es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios.
- 87. Trastorno Mentales:** Son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

- 88. Trastorno Neurológico:** son enfermedades del sistema nervioso central y periférico con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo.
- 89. Tratamientos No Orgánicos:** Mejoran el estado del paciente por medios psicológicos.
- 90. Tratamientos Orgánicos:** Como los medicamentos, afectan al organismo de forma directa.

U

- 91. Urticaria:** Reacción vascular que afecta a la dermis superior y que se caracteriza por la aparición en cualquier parte del cuerpo de pápulas rojas de tamaño variable sobre zonas más o menos extensas, fugaces y muy pruriginosas.

V

- 92. Vaguedad:** Imprecisión, falta de exactitud, indeterminación.
- 93. Verborrea:** Tendencia de quien habla demasiado o de quien para expresar poco utiliza muchas palabras.

Protocolo de Atención del Trastorno Afectivo Bipolar

Protocolo de Atención del Trastorno Afectivo Bipolar.
Revisión y Adaptación por Dra. Cynthia Cabrera Gutiérrez

Especialidad: Psiquiatría.
Servicio: Atención Médica.
Nivel de Resolución: Hospital de Referencia Nacional.
Fecha de Actualización: 25 de Enero 2010.

1. Definición:

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración 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). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

2. Objetivos:

1. Conocer que es el Trastorno Afectivo Bipolar.
2. Identificar las etiologías más frecuentes que pueden causarlo.
3. Determinar los factores de riesgo más importantes.
4. Conocer las características clínicas de los pacientes afectados.
5. Identificar la clasificación, diagnóstico y tratamiento en el paciente bipolar.

3. Etiología:

La causa es desconocida, pero ocurre en personas con familiares que padecen el trastorno.

Se han realizado muchas investigaciones relacionadas al Trastorno Bipolar, aunque todavía no existe una causa totalmente definida para que se presente.

La psiquiatría contemporánea considera la etiología de la depresión como un proceso multifactorial con una base biológica definida, aunque las influencias sociales y psicológicas también son importantes.

Hipótesis neuroquímica (depresión)

Disminución de las aminas biogénas :

- Serotonina.
- Noradrenalina.
- Dopamina

Hipótesis neuroendocrina (depresión)

Hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal

↑ Secreción de cortisol.

↓ TSH (tirotropina)

↓ GH (H. crecimiento)

↓ FSH (folículo estimulante)

↓ LH (luteinizante)

↓ Testosterona

Hipótesis Genética (trastorno bipolar)

Existen evidencias claras de un componente hereditario aun no se ha determinado

El gen

Hipótesis dopaminérgica (trastorno bipolar)

Pacientes Maniacos

↑ HVA (metabolito de la dopamina)

↑ Dopamina en orina (antes del viaje a la manía en

↑ Pacientes deprimidos)

↑ Noradrenalina

Hipótesis Psicosociales

Psicoanalítica: Depresión: la pérdida real o simbólica de un objeto amado

Manía: mecanismo de defensa contra la depresión

Cognitiva: Triada Cognitiva de Beck

4. Factores de Riesgo.

Los principales factores de riesgo conocidos para el desarrollo de depresión son la historia familiar y los episodios previos. El riesgo de trastornos depresivos en los familiares en primer grado de pacientes con depresión es del doble o triple del de la población general. Si un padre tiene un trastorno del ánimo, el riesgo de que un hijo tenga un trastorno del ánimo es de 10 a 25 por ciento; si ambos padres están afectados, el riesgo se duplica.

La probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno del ánimo depende de diversos factores, incluyendo género (las mujeres tienen mayor riesgo que los hombres), pérdida temprana de un padre, atención inadecuada por los padres, historia de eventos traumáticos prepuberales, ciertas características de personalidad, historia personal o familiar de trastornos del ánimo, grado de apoyo social y eventos estresantes recientes.

5. Clasificación.

Según los episodios de exaltación sean "maníacos" o "hipomaníacos" tenemos:

Trastorno afectivo bipolar tipo I, con episodios depresivos y maníacos.

Trastorno afectivo bipolar tipo II, con episodios depresivos e hipomaníacos.

Ciclotimia, con episodios de depresión leve e hipomanía.

Bipolar I

Son personas que presentan o han presentado alguna vez en su vida algún episodio maníaco con períodos de depresión mayor. El estado de ánimo actual de un bipolar I puede ser, sin embargo, maníaco, depresivo, hipomaníaco (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía), o bien una mezcla heterogénea de componentes depresivos y maníacos (mixto). Esto es lo que distingue los subtipos del bipolar I. Cabe la posibilidad de que la persona tenga en la actualidad un episodio maníaco y nunca haya tenido anteriormente un episodio depresivo; en este caso existe una categoría adicional: "bipolar I con episodio maníaco único".

Bipolar. II

Son personas que habiendo padecido episodios depresivos hipomaníacos, nunca han padecido un episodio completo de manía, y en su lugar presentan períodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos períodos hipomaníacos alternan con episodios de depresión mayor.

La aparición de los episodios maníacos puede ser a veces bastante lenta y progresiva.

Los pacientes bipolares presentan más episodios afectivos a lo largo de la vida (una media de 8 episodios) que los pacientes unipolares, y ello no es simplemente debido al hecho de que la edad media de comienzo de los unipolares sea más tardía, sino a una característica intrínseca de los trastornos bipolares. Aunque los trastornos bipolares son más recurrentes que los unipolares, los episodios tienen una duración media menor (unos 4 meses cada uno), la duración del episodio maníaco o depresivo no depende de la gravedad de los síntomas presentes en dicho episodio.

Ciclotimia.

Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica períodos de hipomanía y depresión leve, con menos fluctuaciones en el estado de ánimo. Es posible que las personas con trastorno bipolar II o ciclotimia sean diagnosticadas erróneamente como pacientes que padecen únicamente depresión. Desde un punto de vista nosológico, es posible que la ciclotimia no sea en realidad una

entidad diferente a la del denominado "trastorno bipolar", sino una forma menos grave de este.

Normalmente un paciente ciclotímico presenta períodos breves (entre 2 y 6 días) con depresión y euforia alternantes. También normalmente existe un "equilibrio" entre síntomas depresivos y hipomaniacos, aunque en algunos pacientes pueden predominar más unos sobre otros (más frecuentemente la depresión sobre la hipomanía).

Diagnostico:

Manifestaciones clínicas:

Manía

Paciente se muestra exaltado, expansivo, afecto inestable; se enfada rápidamente; habla apresurada, fuga de ideas, delirios de persecución y grandiosidad; se viste de forma inadecuada (diversas capas de ropas, trajes extraños, exceso de maquillaje y de joyas); conductas inapropiadas (se mete en los asuntos de los demás, gasta el dinero de manera imprudente, realiza actividades arriesgadas); impulsos sexuales intensos, se alimenta y duerme poco pero continua hiperactivo.

Elevación del estado de ánimo:

- a. pensamientos apresurados
- b. hiperactividad
- c. incremento de la energía
- d. falta de autocontrol
- e. Autoestima elevada (delirios de grandeza, creencias falsas}
- f. Compromiso exagerado en las actividades
- g. Comportamientos precipitados
- h. hacer gastos exagerados
- i. incurrir en excesos de comida, bebida o consumo de drogas
- j. promiscuidad sexual
- k. deterioro del juicio
- l. Tendencia a distraerse fácilmente
- m. Poca necesidad de sueño
- n. Se irrita o agita fácilmente
- o. Control deficiente del temperamento

Depresión

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un 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 los 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.

Hipomanía

Paciente se muestra Extrovertido, despreocupado, sin problemas; euforia contagiosa (los observadores se sienten eufóricos), seguro de sí mismo, desinhibido, no le preocupan los sentimientos de los demás; aumento de la actividad motora, de los impulsos sexuales, de la capacidad de distracción y de la sensación de importancia; disminución de la capacidad de concentración ; pasa rápidamente de un tema a otro (fuga de ideas); se irrita fácilmente.

Exámenes Complementarios:

Una historia psiquiátrica de cambios del estado de ánimo y la observación del comportamiento y del estado de ánimo actuales son de ayuda en el diagnóstico de este trastorno. Igualmente, puede servir el hecho de obtener información de miembros de la familia con relación al comportamiento del paciente, así como averiguar acerca de los antecedentes familiares.

Se puede llevar a cabo un examen físico al igual que algunas pruebas de laboratorio (examinación para drogas y tiroides) con el fin de descartar otras causas para los síntomas, aunque el uso de drogas recreativas no descarta el trastorno afectivo bipolar, ya que puede ser un síntoma. Las personas con esta condición están en mayor riesgo de padecer trastornos por mal uso de sustancias.

Otras pruebas que suelen solicitarse son química sanguínea, función tiroidea y serología para sífilis. Antes de iniciar el litio deben realizarse estudios de función tiroidea y renal. La biometría hemática y la función hepática se evalúan antes de iniciar ácido valproico/valproato sódico o carbamacepina.

Las exploraciones de neuroimagen (TAC, Resonancia Magnética) no muestran alteraciones. En cambio sí aparecen en la prueba llamada TEP (Tomografía por Emisión de Positrones), si bien los hallazgos no añaden información para el tratamiento. Solamente se emplea con fines de investigación

Diagnostico Diferencial

Los trastornos mentales a descartar son:

- Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias. Amfetaminas, cocaína y estimulantes en general.
- Inducción de la manía por un tratamiento antidepresivo. Si desaparece por completo al reducir la medicación antidepresiva se diagnostica como inducido por sustancias (antidepresivos).
- Inducción por el tratamiento electroconvulsivante (ECT, TEC, electroshock, electrochoque). Es muy raro, pero posible.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) especialmente si el niño presenta, al mismo tiempo, síntomas depresivos, lo que puede plantear dudas con un episodio mixto).

Los trastornos orgánicos que deben ser evaluados ante la sospecha de un trastorno bipolar, son:

- Esclerosis múltiple, con afectación del lóbulo frontal.
- Tumores cerebrales-
- Enfermedad de Cushing (por exceso de actividad de las glándulas suprarrenales, o por haber tomado un exceso de corticoides).
- Demencias que cursan con frontalización (enfermedad de Pick, por ejemplo).
- Ingestión de sustancias o drogas de abuso capaces de inducir estados parecidos a los maníacos (cocaína, amfetaminas, etc.)
- Hipertiroidismo.

Tratamiento:

El Tratamiento del trastorno bipolar se puede dividir en tres fases o etapas:

- Tratamiento de la fase aguda: dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad
- Tratamiento de continuación: dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda (ej. evitar las recaídas) de 4-6 meses mas tarde.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo: dirigido a prevenir futuros episodios, permanente o en curas de 3- 5 años.

Criterios:

- Dos o más episodios
- Episodio único con una ò más de la siguientes características:

- Historia de bipolaridad ò recurrencia monopolar
- Primer episodio antes de los 20 años
- 2 episodios en 3 años previos
- Episodios de inicio brusco y amenaza vital.

Modalidades de tratamiento:

- Farmacológico: necesario e insustituible para todos los pacientes
- Educativo: consistente en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.
- Psicoterápico: dirigido a resolver problemas y afrontar el estrés. Nunca sustituye al tratamiento farmacológico.

Farmacos:

Los estabilizadores del humor (litio, valproato, lamotrigina, carbamazepina y/o oxcarbazepina), los neurolépticos, preferiblemente atípicos, a los que se empiezan a observar propiedades estabilizadoras, y los antidepresivos constituyen los tratamientos de primera elección en el trastorno bipolar. Otros fármacos, como los ansiolíticos, se utilizan como coadyuvantes para combatir determinados síntomas como la agitación, el insomnio o la ansiedad.

Tratamiento del episodio agudo maniaco:

En la manía leve-moderada debe intentarse la monoterapia con estabilizadores del humor. Los neurolépticos deben ser de elección en la manía psicótica. Algunas guías de práctica clínica empiezan a incluir a los antipsicóticos atípicos como monoterapia en la manía sin distinción de subtipos. En Europa, tradicionalmente, ha habido preferencias por el uso de los antipsicóticos sobre los estabilizadores del humor en el episodio agudo maniaco.

En La manía más grave, el tratamiento será la combinación de estabilizadores y antipsicóticos. Puede ser recomendable, como tratamiento coadyuvante, para mejorar la agitación y el insomnio, el empleo de benzodiazepinas (loracepán o clonacepán)

Tratamiento de la depresión bipolar:

El empleo de antidepresivos en la depresión bipolar presenta el problema de favorecer el viraje a la fase maniaca y la recurrencia, hasta el punto de haberseles relacionado, principalmente a los antidepresivos tricíclicos, con el curso de ciclos rápidos por lo que su uso plantea problemas de cuando introducirlo y retirarlo. Por otra parte, deberá tenerse presente la capacidad antidepresiva de los estabilizadores del humor, principalmente de las sales de litio y la lamotrigina de

las que existen indudables pruebas de eficacia antidepressiva por lo que se elegirán estas sustancias como tratamiento de primera elección. Si ya estuviese realizando tratamiento con el estabilizador del humor, un ajuste de dosis podría ser la opción terapéutica. Si se decide, debido a la intensidad del cuadro clínico, que debe introducirse un antidepressivo siempre deberá administrarse, junto al estabilizador del humor, eligiéndose aquellas sustancias que sean más seguras a la hora de evitar los inconvenientes antes señalados como los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Medicaciones coadyuvantes:

Si la depresión presenta síntomas psicóticos se añadirá al estabilizador y al antidepressivo un neuroléptico atípico (risperidona, olanzapina, quetiapina). En casos de insomnio o ansiedad se añadirá una benzodiazepina.

Control y seguimiento:

El tratamiento consistirá en mantener el estabilizador del ánimo empleado en el tratamiento del episodio agudo y durante toda la fase de mantenimiento

En los episodios maníacos, la medicación coadyuvante de neurolépticos o benzodiazepinas se irá ajustando durante esta fase a las necesidades del paciente hasta su retirada total.

En los episodios depresivos, el mantenimiento de los fármacos antidepressivos será más breve que en las depresiones unipolares y no deberá sobrepasar los 3 meses. Solo en algunos casos, con frecuentes recaídas depresivas, se intentará mantener la medicación antidepressiva unida a los estabilizadores del humor.

Tratamiento de mantenimiento o profiláctico:

Los estabilizadores del humor son la base del tratamiento preventivo. En el momento actual, las sales de litio y la lamotrigina son los fármacos con mayor evidencia de eficacia. Los anticonvulsivantes ácido valproico y carbamacepina/oxcarbacepina son fármacos ampliamente utilizados, aunque no existen estudios controlados de eficacia clínica demostrada en la profilaxis. Sin embargo, la eficacia antimaniáca, la existencia de algunos estudios positivos, la falta de respuesta y la mala tolerancia de las sales de litio en algunos casos han empujado a utilizar los anticonvulsivantes como la mejor alternativa posible como es el caso del ácido valproico.

Tratamientos coadyuvantes:

Las benzodiazepinas, neurolépticos y antidepressivos podrán introducirse en casos de recaídas. En caso de falta de respuesta se pueden asociar varios estabilizadores del humor.

Terapia electroconvulsiva (TEC)

La TEC ha demostrado eficacia para pacientes graves o resistentes al tratamiento y cuando sea preferida por el paciente de acuerdo con el psiquiatra. También se puede considerar su indicación para pacientes con episodios mixtos y, durante el embarazo, en fases maníacas graves. Asimismo, para pacientes con depresión grave o resistente a otros tratamientos y para episodios con características catatónicas.

Psicoeducación :

Los tratamientos psicosociales se proponen con metas diferentes a la curación del paciente bipolar:

- Incrementar la adherencia a la medicación.
- Enseñar a los pacientes a reconocer los síntomas prodrómicos de las crisis.
- Retrasar las recaídas.
- Disminuir las hospitalizaciones.
- Mejorar el funcionamiento familiar, social y laboral.
- Aumentar la calidad de vida.

Abordaje psicoterapéutico de los pacientes bipolares:

Los aspectos en los que confluyen los diversos tratamientos psicosociales con mejor apoyo empírico son:

Informar a pacientes y familiares sobre los síntomas y el curso de la enfermedad, para conseguir mejor adherencia al tratamiento farmacológico y anticipar los pródromos de las crisis maníacas.

Incluir a los familiares en el tratamiento psicoterapéutico, para aumentar su comprensión del trastorno y conseguir un funcionamiento más eficaz en su rol de cuidadores.

Ampliar los recursos y competencias de los pacientes, para que consigan un mejor manejo de las tensiones ambientales.

Todo ello dentro de una situación clínica basada en una fuerte alianza terapéutica, que permita un clima de confianza en el que desarrollar un trabajo para prevenir los aspectos más destructivos de las crisis y, en particular, el suicidio.

Complicaciones:

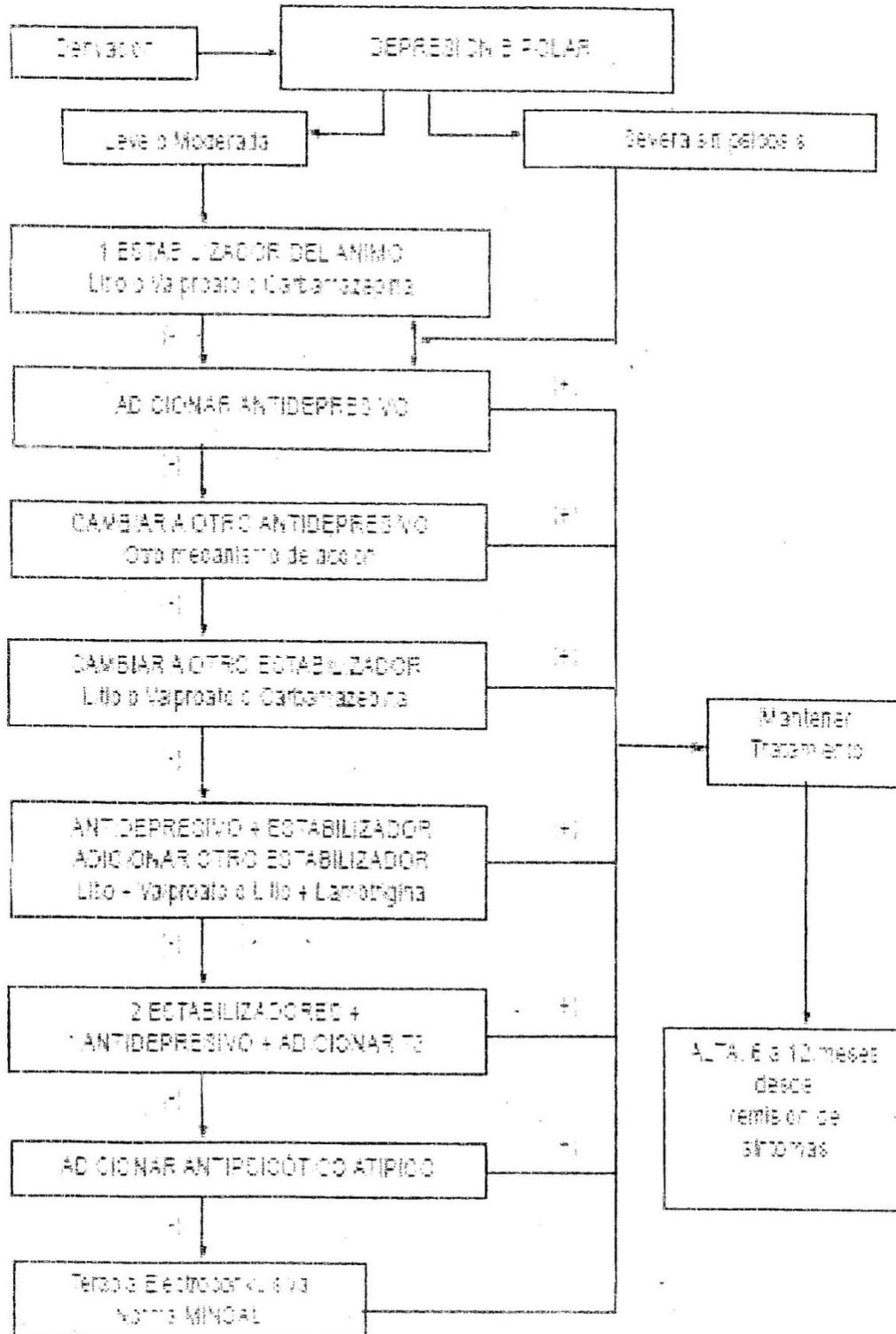
Las tasas de suicidio son altas en pacientes con trastorno bipolar. Por ejemplo, ocurre suicidio en alrededor del 10 a 15 por ciento de los pacientes con trastorno bipolar I.

La enfermedad causa también deterioro psicosocial importante, afectando múltiples aspectos de la vida del paciente, incluyendo las relaciones interpersonales y provocando dificultades laborales y financieras.

Hospitalización:

- Manía severa o psicótica.
- Manía con riesgo de suicidio (disfóricos) o de homicidio.
- Depresión psicótica o severa.
- Depresión con riesgo de suicidio u homicidio altruista.
- Falta de adherencia al tratamiento con potencial peligrosidad para sí o terceros o patrimonial.
- Falta de continencia familiar
- Deterioro del cuidado personal.
- Falta de apoyo sociofamiliar.
- Mal control terapéutico.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Conductas violentas.
- Conductas de riesgo (conducta sexual, manejo de dinero)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN BIPOLAR

