

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



Cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar según la Guía de Práctica Clínica Española en un hospital nivel III durante 2012 – 2015

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES

**Bach. Oblitas Campos, Renzo Piero
Bach. Lecca Bartra, Adrian Guillermo**

Chiclayo, 14 de Febrero de 2019

Cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar según la Guía de Práctica Clínica Española en un hospital nivel III durante 2012 – 2015

PRESENTADA POR:

Bach. Oblitas Campos, Renzo Piero

Bach. Lecca Bartra, Adrian Guillermo

A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,

para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR:

Mgtr. Ciurlizza Garnique Mónica Lizetty

PRESIDENTE

Dra. Malca Tello Nancy

SECRETARIO

MSc. Blga. Arce Gil Zhandra Lizette

ASESOR

Dedicatoria:

En primer lugar a Dios, que nos protege y bendice siempre. A nuestros padres que con su esfuerzo y confianza nos han permitido llegar hasta este punto en nuestras vidas, donde culminamos con orgullo 7 años de esfuerzo pleno y pasión por la medicina.

“La felicidad es el significado y propósito de la vida, el objetivo y fin de la existencia humana”.

Aristóteles.

Agradecimientos:

A nuestros docentes, por habernos transmitido diversos conocimientos, pero además de eso,
por guiarnos hacia el camino correcto para alcanzar nuestras metas trazadas.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	
ABSTRACT.....	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	3
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	3
2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	4
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	6
1.1 Tipo y diseño de Estudio.....	6
1.2 Población de Estudio.....	6
1.3 Muestra del Estudio.....	7
2. OBJETIVOS.....	7
3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	8
4. ANÁLISIS DE DATOS.....	9
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	10
IV. RESULTADOS.....	11
V. DISCUSIÓN.....	12
VI. CONCLUSIONES.....	15
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
VIII. ANEXOS.....	19
Anexo 01.....	19
Anexo 02.....	21

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno bipolar según a la Guía de Práctica Clínica Española (GPC) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante 2012 – 2015. **Material y métodos:** Estudio Descriptivo Transversal donde se escogieron todos los pacientes con diagnóstico reciente de trastorno bipolar, a través de la base de datos virtual del hospital, con el respectivo código CIE-10 durante 2012 – 2015. **Resultados:** Se obtuvieron 166 Historias clínicas de pacientes con diagnóstico reciente entre 2012 – 2015, se excluyeron 84 historias clínicas, quedando 82 historias. De éstas, 73 son de pacientes con reciente diagnóstico Trastorno bipolar con episodios maniaco, hipomaniacos o mixtos, 4 con episodios depresivos leves y 5 con episodios depresivos moderados/graves. El 46.3% fueron varones y el promedio de edad fue 51 ± 19 años. Se encontró 16 pacientes (19.5%) no tratados según la GPC. El psicofármaco más prescrito fue: Valproato (30 pacientes); Se utilizó monoterapia en el 21.5% (50% Litio y 50% Valproato). La prescripción de benzodiacepinas en pacientes con trastorno bipolar con episodios de manía, hipomanía o mixtos que cumplen la GPC, fue 59.4%. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de trastorno bipolar fueron tratados según las recomendaciones de GPC, la mayor proporción pertenece a pacientes con trastornos bipolar con episodios maniacos, hipomaniacos y mixtos. El uso de monoterapia con los psicofármacos recomendados se dio en cerca de un quinto de los pacientes, además de una mayor prescripción de valproato.

Palabras clave: Trastorno bipolar, Guía de práctica clínica. (DeCS)

ABSTRACT

Objective: Evaluate the fulfillment of the psychopharmacological treatment of patients with a recent diagnosis of bipolar disorder according to the Spanish Clinical Practice Guideline (GPC) in a Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo during 2012 - 2015. **Material and methods:** Transversal Descriptive Study where all were chosen patients with a recent diagnosis of bipolar disorder, through the virtual database of the hospital, with the corresponding CID-10 code during 2012-2015. **Results:** We obtained 166 clinical histories of patients with recent diagnosis between 2012 - 2015, 84 clinical histories were excluded, leaving 82 stories. Of these, 73 are from patients with recent diagnosis Bipolar disorder with manic, hypomanic or mixed episodes, 4 with mild depressive episodes and 5 with moderate / severe depressive episodes. 46.3% were male and the average age was 51 ± 19 years. We found 16 patients (19.5%) not treated according to the CPG. The most prescribed psychotropic drug was: Valproate (30 patients); Monotherapy was used in 21.5% (50% Lithium and 50% Valproate). Prescription of benzodiazepines in patients with bipolar disorder with episodes of mania, hypomania or mixed who meet the CPG, was 59.4%. **Conclusions:** The majority of patients with a recent diagnosis of bipolar disorder were treated according to the CPG recommendations, the highest proportion belongs to patients with bipolar disorders with manic, hypomanic and mixed episodes. The use of monotherapy with the recommended psychopharmaceuticals occurred in about one fifth of the patients, in addition to a greater prescription of valproate.

Key words: Bipolar disorder, Practice Guideline. (MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno afectivo bipolar puede ser una enfermedad devastadora para quienes la sufren y para sus familias. Un tratamiento temprano y adecuado aporta no solo un control completo de los síntomas, sino también un mejor pronóstico¹. El trastorno bipolar afecta el 1,5% de la población y presenta un alto costo para la sociedad^{2, 3}. Se caracteriza por ser un trastorno del humor crónico severo caracterizado por episodios de manía, hipomanía y con alternancia de episodios depresivos⁴.

Existe evidencia científica de cómo se maneja el trastorno bipolar. En nuestro medio destaca la Guía de Práctica Clínica (GPC) Española sobre Trastorno Bipolar, diseñada en el 2012, con el objetivo señalar recomendaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Presenta una gran calidad en su elaboración y solventa muchas dificultades que se presentaron en la elaboración de Guías de Práctica Clínica en las últimas décadas⁵.

Se calcula que en promedio un paciente con trastorno bipolar demora en ser diagnosticado unos 15 años, por lo que el tratamiento es tardío y la carga de la enfermedad va en aumento, restando calidad de vida para los pacientes⁶. Por tal motivo es importante que el tratamiento psicofarmacológico se emplee desde el primer episodio del trastorno, para evitar la cronicidad, el ciclaje y las recaídas. Si bien existen consensos en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar, la literatura científica demuestra que no necesariamente éstos se ven reflejados en la práctica clínica diaria, ya que existe discrepancia en el uso de psicofármacos entre los psiquiatras. Por ello, el objetivo general del presente estudio es evaluar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar según la GPC en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante 2012 – 2015, además de describir el tratamiento psicofarmacológico y evaluar la frecuencia de prescripción

de benzodiacepinas. Esto nos permite dar un paso inicial para comprender las razones, factores y eficacia ante la elección de un tratamiento específico inicial.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Existe mucha variabilidad en la frecuencia de prescripción del tratamiento del trastorno afectivo bipolar. En Suecia se analizaron los cambios en la prescripción de los estabilizadores del ánimo en el trastorno afectivo bipolar entre el 2007 y el 2013, donde se observó que durante el estudio la prescripción de litio fue decreciendo tanto en hombres (64% a 53%) como en mujeres (71% a 59%), sin embargo aumentó la prescripción de lamotrigina (17% a 26% en mujeres – 15% a 21% en hombres) y quetiapina (5% a 16% en hombres – 5% a 14% en mujeres)⁷.

En América Latina se realizó un estudio que evaluó la preferencia farmacológica de los psiquiatras latinoamericanos para tratar a pacientes con trastorno afectivo bipolar, y si estas preferencias se adecuan a las guías actuales de tratamiento, entre mayo del 2008 y junio del 2009. Se observó que en pacientes que debutan con manía, el 61% se recetó un eutimizante (50% fue carbonato de litio) + antipsicótico típico (55,4% fue Olanzapina). En la depresión bipolar aguda un 27% escogió lamotrigina como primera opción (frente a un 14,7% para el litio) y para el tratamiento preventivo el fármaco más usado fue igualmente lamotrigina (50,3%), frente al litio que solo un 28,4% lo receta. Además se concluyó que no existe una elección clara para el tratamiento agudo de la depresión bipolar⁸.

En Estados Unidos se buscó determinar si la terapia antidepresiva complementaria reduce los síntomas de la depresión bipolar sin aumentar el riesgo de manía. Resultó que Cuarenta y dos de los 179 sujetos (23,5%) que recibieron un estabilizador del estado de ánimo más tratamiento antidepresivo complementario tuvieron una recuperación duradera, al igual que 51 de los 187 sujetos (27,3%) que recibieron un estabilizador del estado de ánimo más un placebo. Además se observaron modestas tendencias no significativas que favorecen al grupo que recibe un estabilizador del ánimo más placebo⁹.

2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

El trastorno afectivo bipolar está caracterizado por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado del ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de tal forma que la alteración en ocasiones consiste en una exaltación del estado de ánimo, 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 actividad (depresión), con presentaciones variables en la intensidad y duración de los episodios¹⁰. Generalmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro¹¹. Estos cambios pueden presentarse un par de veces al año, o hasta varias veces al día⁵.

Existen muchas clasificaciones para el trastorno bipolar, entre ellas las clasificaciones de: Klerman, St. Louis, Feighner, Andreasen y Winokur y Criterios Diagnósticos para la Investigación (RDC)¹². Actualmente se utilizan 2 clasificaciones: CIE-10, realizada por la OMS y DSM-IV, utilizada por la American Psychiatric Association^{13, 14}. En el sector EsSalud se utiliza el CIE-10 para codificar sus enfermedades, entre ellas el trastorno afectivo bipolar (F31.X), la cual presenta las siguientes clasificaciones¹⁴:

F31.0: Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.

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

F31.2: Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

F31.3: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

F31.4: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F31.5: Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

F31.6: Trastorno bipolar, episodio actual mixto.

F31.7: Trastorno bipolar, actualmente en remisión.

F31.8: Otros trastornos bipolares

F31.9: Trastorno bipolar sin especificación.

El manejo del trastorno afectivo bipolar debe ser prioritariamente a juicio clínico del personal sanitario, y no debe sustituirse por una Guía de Práctica Clínica, sin embargo, ésta sirve de ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. La Guía de Práctica Clínica (GPC) Española sobre Trastorno Bipolar presenta un alto nivel de evidencia científica y ha sido diseñada para solventar muchas dificultades de GPC anteriores ⁵. Fue evaluada la calidad de la GPC Española sobre Trastorno Bipolar mediante el AGREE II, a través de 2 evaluadores, obteniendo la siguiente puntuación en los 6 dominios correspondientes: Alcance y Objetivo = 100%, Participación de los implicados = 94%, Rigor en la elaboración = 90%, Claridad de la presentación = 89%, Aplicabilidad = 42%, Independencia editorial = 92%. En la evaluación global se obtuvo 134/161, además una recomendación global en promedio de 65.

Para el cumplimiento farmacológico de la guía de práctica clínica española se considera en: **episodios agudos maniacos, hipomaniacos o mixtos**, la prescripción de Litio, Valproato, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, o Aripiprazol; con o sin benzodiazepinas. En **episodios depresivos agudos leves**, si solo se citó para revisión a las 2 semanas, sin recetar psicofármacos. Y en **episodios depresivos agudos moderado/grave** la prescripción de quetiapina/quetiapina de liberación prolongada⁵.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. DISEÑO METODOLÓGICO

1.1 Tipo y diseño de Estudio

La presente investigación es de tipo Descriptivo Transversal

1.2 Población de Estudio

1.2.1 Área de estudio

El estudio se realizó en la jurisdicción del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo del distrito de Chiclayo.

1.2.2 Población

Población diana: Pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Población accesible: 166 Historias clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante 2012 – 2015.

Población elegible: 82 Historias clínicas de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante 2012 – 2015, que cumplieron con:

Criterios de Inclusión

- Paciente diagnosticado por primera vez con trastorno afectivo bipolar en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante 2012 – 2015.

Criterios de Exclusión

- Paciente con trastorno afectivo bipolar con antecedente previo de haber sido diagnosticado y/o tratado en cualquier otro hospital que no sea el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.
- Paciente diagnosticado con trastorno afectivo bipolar que ha abandonado el tratamiento.

1.3 Muestra del Estudio

El presente estudio es de tipo censal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- ✓ Evaluar el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico de pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar según la Guía de Práctica Clínica Española en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante 2012 – 2015.

2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Describir el tratamiento psicofarmacológico de los pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar según la Guía de Práctica Clínica Española en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante 2012 – 2015.
- ✓ Evaluar la frecuencia de la prescripción de benzodiazepinas en pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante 2012 – 2015.

3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La identificación del número de pacientes con el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y su respectiva categorización diagnóstica, se realizó mediante una búsqueda programada codificada entre los años 2012 a 2015 con el diagnóstico F31, dentro de la base de datos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, a cargo del estadístico de dicha institución. El resultado de la búsqueda se extrapoló a una base de datos inicial, ordenada por el diagnóstico CIE-10, año, y categorización diagnóstica. Se identificó los pacientes con diagnóstico reciente que cumplieron con los criterios de inclusión, esto sirvió para la búsqueda de la historia clínica y recolección de datos posterior, durante la ejecución del proyecto.

Los datos de las historias clínicas se recolectaron en un tiempo de 3 meses. Esto se realizó de manera pertinente en primer lugar con la aprobación del proyecto ante el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, posteriormente se presentó el proyecto al comité de bioética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, y por último se solicitó el permiso para la ejecución y acceso de las historias clínicas a la dirección del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

La recolección de datos se realizó de manera manual, llenando la ficha de recolección diseñada (Anexo 01), obteniendo la información directa y transcribiendo los datos pertinentes a la investigación. Al finalizar la recolección diaria, se ingresó éstos a las hojas de cálculo del programa Microsoft Excel 2010, la cual fue nuestra base de datos para el posterior análisis estadístico. Cada uno de los autores verificó 1 vez la transcripción de un paciente antes de pasar al siguiente.

4. ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa estadístico SPSS 16 y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2010 para el procesamiento de los datos obtenidos a partir de las fichas de recolección. Se consideró las características clínicas de edad, sexo y diagnóstico, además el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica, los fármacos estabilizadores del ánimo y las benzodiazepinas prescritos.

Los resultados de la variable numérica edad se presentó usando la medida de tendencia central: promedio; y para las variables categóricas: frecuencias. Se usó tabulaciones para la expresión de los resultados correspondientes.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y el Comité de Bioética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, para su evaluación, aprobación y posteriormente ejecución.

No se utilizó consentimiento informado.

Cada participante obtuvo un código de identificación alfanumérico, que solo los realizadores del estudio conocieron. La base de datos contó con una contraseña que solo conocen los ejecutores de la investigación, se almacenó en el ordenador personal de uno de los ejecutores y solo se proporcionó una copia al asesor metodológico.

Las fichas de recolección de datos y documentos físicos pertenecientes a la investigación, se reservaron en un ambiente especial, destinado solo para el estudio, al cual tuvieron solo acceso los investigadores.

IV. RESULTADOS

Se realizó la búsqueda de las 166 historias clínicas correspondientes a la población accesible, en el almacén del hospital, donde no se encontraron 47 historias clínicas. De las 119 historias que se encontraron, 37 no presentaron el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, o fueron pacientes diagnosticados antes del 2012, por lo que nuestra población elegible fue 82 historias clínicas, de éstas, 73 historias clínicas eran pacientes con diagnóstico reciente de Trastorno afectivo bipolar con episodios maniaco, hipomaniaco o mixtos, 4 eran pacientes con diagnóstico reciente de Trastorno afectivo bipolar con episodios depresivos leves y 5 eran pacientes con diagnóstico reciente de Trastorno afectivo bipolar con episodios depresivos moderados/graves.

El 46.3% de pacientes fueron varones. El promedio de edad fue 51 ± 19 años.

De las 82 historias clínicas de pacientes con diagnóstico reciente, se encontró que 16 (19.5%) no fueron tratados según la Guía de Práctica Clínica, de los cuales 9 presentaron trastorno afectivo bipolar con episodios de manía, hipomanía o mixtos; 3 episodio depresivo leve; y 4 episodio depresivo moderado/grave.

Los fármacos más utilizados para el tratamiento en pacientes que si cumplen la guía, fueron: Valproato (30 pacientes), Litio (27 pacientes) y Olanzapina (15 pacientes). Dentro de este grupo de pacientes, se utilizó monoterapia en el 21.5% (50% uso Litio y 50% uso Valproato), los restantes usaron terapia combinada. En la Tabla 01 (Anexo 02) se observa la distribución de los fármacos prescritos según la guía.

La prescripción de benzodiazepinas como parte del tratamiento en pacientes con trastorno afectivo bipolar con episodios de manía, hipomanía o mixtos que cumplen la guía, se realizó en el 59.4%. En los pacientes que no cumplieron se prescribió en el 55.6%.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se registra un tratamiento de monoterapia en el 21.5% de pacientes en comparación al 32.9% del estudio de Heeren y Sanchez de Carmona, así como, el fármaco más utilizado en nuestro estudio fue Valproato (38.4%), seguido del Litio (33.3%), mientras que en aquel estudio fue el Litio (50%)⁸. La evidencia mostrada en el estudio cohorte de Vedel y Hellmund respaldan el estudio anterior, ya que demuestran que el tratamiento con litio en general es superior que el tratamiento con valproato¹⁵.

Es importante resaltar la mayor prescripción de Valproato, ya que la Guía de Práctica Clínica Española y muchos estudios refieren al Carbonato de Litio en monoterapia, como primera opción de tratamiento psicofarmacológico, no solo por sus efectos primarios sobre la enfermedad, sino también por otras ventajas que ofrece⁵. Estudios como Gaitano y De Fazio recomiendan como fármaco de elección al Litio en episodios de manía, así como en Pretty y Cipriani, ya que se ha comprobado que el Litio es el único fármaco estabilizador del ánimo que disminuye el riesgo y los intentos de suicidio^{16, 17}.

En el estudio reciente de Fleck y Ernest del 2017, se observa que el tratamiento con carbonato de litio es usado como primera línea en pacientes que tuvieron su primer episodio de manía, además de proponer un nuevo beneficio auxiliar: LITHIA (LITHium Intelligent Agent) o Agente Inteligente de Litio, en el que se permite predecir la respuesta al tratamiento de litio en 8 semanas a través de las imágenes de resonancia magnética y la espectroscopía de resonancia magnética con entradas de protones¹⁸.

Una de las posibles causas para la mayor prescripción de valproato frente a carbonato de litio es el progresivo desabastecimiento del litio de las farmacias de EsSalud y MINSA. En el estudio de Hodgkin y Piazza en el 2011, se observa el descenso progreso de disponibilidad del litio,

llegando a 13% en hospitales y 11% en institutos de la salud. A consecuencia de esto en el 2012 se realizó la reforma de la Atención de Salud Mental, donde se priorizan 7 metas, una de ellas es la “disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención”¹⁹. Otra posible causa que condiciona a la preferencia de Valproato frente a Litio, son los efectos adversos y contraindicaciones que presenta éste último. Se ha evidenciado que el Litio presenta un rango terapéutico estrecho, por lo que es importante la monitorización de las concentraciones plasmática de éste para no llegar a un estado de intoxicación, lo cual lleva a los pacientes a presentar encefalopatías, alteraciones cognitivas, tremor, hipotiroidismo, diarreas y alteraciones renales; de ahí que su uso se restringe por ejemplo a pacientes con hipotiroidismo e insuficiencia renal²⁰. Por lo tanto se muestra interesante el generar nuevas investigaciones que permitan esclarecer los factores asociados al uso disminuido del Litio en los últimos años.

La implicancia de no presentar una guía de práctica clínica sobre trastorno afectivo bipolar a nivel local u hospitalario, permite no tener directrices claras sobre el manejo de esta enfermedad, y puede repercutir en la inadecuada prescripción de psicofármacos en los pacientes nuevos con trastorno afectivo bipolar. Por lo que es recomendable la creación o adecuación de una guía de práctica clínica sobre trastorno afectivo bipolar con evidencia científica actual.

Entre las principales dificultades estuvo el acceso a las historias clínicas de los pacientes, algunas de éstas se encontraban en zonas inaccesibles o no se encontraban, sin embargo esto no fue impedimento para conseguir una cantidad representativa de historias para el estudio. Además se encontró gran discordancia entre los diagnósticos de la base de datos del hospital con los diagnósticos reales, al igual que las fechas en que se realizaron por primera vez el diagnóstico. Recomendamos una mayor supervisión de la base de datos estadística del hospital ya que genera ciertas limitaciones para el desarrollo de futuras investigaciones por las incongruencias antes mencionadas.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra el uso de una Guía de Práctica Clínica sobre trastorno afectivo bipolar de alta calidad.

Consideramos que los resultados obtenidos no son generalizables, por lo siguiente: 1) La población fue limitada a todos los pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar, 2) Existe evidencia que no se siguen estrictamente las directrices publicadas en las literaturas respecto al tratamiento, sino que se adapta a cada caso en concreto⁷, 3) Aunque se tenga el conocimiento del tratamiento según la evidencia actual, muchos factores impiden su aplicación, entre ellos: El nivel del hospital, la entidad del estado a la que pertenece, la disponibilidad de psicofármacos, entre otros.

VI. CONCLUSIONES

En general, la gran mayoría de los pacientes con diagnóstico reciente de trastorno afectivo bipolar fueron tratados según las recomendaciones de GPC Española, donde la mayor proporción pertenece a pacientes con trastornos afectivo bipolar con episodios maníacos, hipomaniacos y mixtos.

Se observó el uso de monoterapia con los psicofármacos recomendados por la GPC Española de trastorno afectivo bipolar en cerca de un quinto de los pacientes, además de una mayor prescripción de valproato frente a litio.

Se evidenció que en más de la mitad de pacientes con trastorno afectivo bipolar con episodios de manía, hipomanía o mixtos que cumplen la guía se les prescribió benzodiacepinas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler R, Chiu W, Demler O, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 617-27.
2. Altshuler L, Kupka R, Helleman G, Frye M, Sugar C, McElroy S, et al. Gender and Depressive Symptoms in 711 Patients With Bipolar Disorder Evaluated Prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(6): 708-15.
3. Ekman M, Granström O, Omérov S, Jacob J, Landén M. The societal cost of bipolar disorder in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(10): 1601-10.
4. Vieta E, Phillips M. Deconstructing Bipolar Disorder: A Critical Review of its Diagnostic Validity and a Proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull*. 2007; 33(4): 886-92.
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012.
6. Retamal P, Strejilvich S, Fullerton C, Botto A, Gómez D, González D, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad bipolar: experiencia y opinión de los pacientes en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile. *Archivos de Psiquiatría*. 2007; 70 (3): 211–22.
7. Karanti A, Kardell M, Lundberg U, Landén M. Changes in mood stabilizer prescription patterns in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2016; 195: 50-6.

8. Heeren O, Sánchez De Carmona M, Vásquez G, Córdoba R, Forero J, Madrid L, et al. Psychopharmacological treatment of bipolar disorder in Latin American. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011; 4(4): 205-11.
9. Sachs G, Nierenberg A, Calabrese J, Marangell L, Wisniewski S, Gyulai L. Effectiveness of Adjunctive Antidepressant Treatment for Bipolar Depression. *N Engl Med.* 2007; 356: 1711-22.
10. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar. Secretaria de Salud. México; 2009: 35 – 40.
11. OMS. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Ginebra, Suiza; 2012: 25-31.
12. Bousoño M, Gonzales P, Pedregal J, Bobes J. Diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos. Departamento de medicina, Universidad de Oviedo. *Rev Psiquiatria.* 1994; 6(2): 13–21.
13. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Arlington, VA, EE.UU; 2013: 358–67.
14. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2012: 92-101.
15. Kessing LV, Hellmund G, Geddes JR, Goodwin GM, Andersen PK. Valproate v. lithium in the treatment of bipolar disorder in clinical practice: observational nationwide register-based cohort study. *Br J Psychiatry.* 2011; 199(1): 57-63.
16. De Fazio P, Gaetano R, Caroleo M, Pavia M, De Sarro G, Fagiolini A, et al. Lithium in late-life mania: a systematic review. *Rev Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2017; 13: 755-66.

17. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1805–19.
18. Fleck D, Ernest N, Adler C, Cohen K, Eliassen J, Norris M, et al. Prediction of lithium response in first-episode mania using the LITHium Intelligent Agent (LITHIA): Pilot data and proof-of-concept. *Rev Bipolar Disorders*. 2017: 1–14.
19. Hodgkin D, Piazza M, Crisante M, Gallo C, Fiestas F. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014; 31(4): 660-68.
20. Gamboa P. Caracterización del uso del litio en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el primer semestre del año 2008. Un análisis de aspectos relativos a usuarios, usuarias y psiquiatras [Tesis]. San José: Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina; 2008: 20-21.

VIII. ANEXOS

Anexo 01: Instrumento de recolección de datos

<u>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DA DATOS</u>					
-ID:					
-FECHA:					
-SEXO:					
-EDAD:					
-DIAGNÓSTICO:					
<ul style="list-style-type: none"> F31. 0 – 1 – 2 – 6 					
				Benzodiacepinas	
Litio	SI	NO	+	-	
Valproato	SI	NO	+	-	
Risperidona	SI	NO	+	-	
Olanzapina	SI	NO	+	-	
Quetiapina	SI	NO	+	-	
Aripiprazol	SI	NO	+	-	
Otro:	_____		+	-	
Cumplimiento de la guía de práctica clínica sobre: trastorno bipolar española			Mínimo 1 sí		

• **F31. 3 – 4 – 5**

✓ **Episodio depresivo agudo leve**

Se le solicita revisión a las 2 semanas: SI NO

No se le receta algún fármaco: SI NO

Cumplimiento de la guía de práctica clínica sobre:
Trastorno bipolar española **SI en ambos items**

✓ **Episodio depresivo agudo moderado o grave**

Se recetó quetiapina/quetiapina de liberación
Prolongada SI NO

Cumplimiento de la guía de práctica clínica sobre:
Trastorno bipolar española **SI**

Se recetaron fármacos estabilizadores del ánimo:

- Carbonato de Litio	SI	NO
- Valproato sódico /ácido valproico	SI	NO
- Carbamacepina	SI	NO
- Lamotrigina	SI	NO

Mínimo 1 SI:

Se utilizó como MONOTERAPIA: SI NO

Se utilizaron JUNTO a otros psicofármacos SI NO

Anexo 02

Tabla 01: Fármacos Prescritos como tratamiento inicial según la GPC Española

Fármacos	Pacientes	%
Solo Valproato	11	16.9
Solo Litio	9	13.9
Solo Olanzapina	6	9.2
Solo Risperidona	6	9.2
Solo Quetiapina	3	4.6
Litio + Valproato	7	10.8
Litio + Risperidona	2	3.1
Litio + Olanzapina	5	7.7
Litio + Quetiapina	4	6.2
Valproato + Risperidona	6	9.2
Valproato + Olanzapina	4	6.2
Valproato + Quetiapina	2	3.0