



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

**SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**POSGRADO EN PSIQUIATRÍA  
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA**

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES BIPOLARES  
REINGRESADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO EN EL AÑO 2007**

**INVESTIGADORA: DRA. CARLA SUBIRÓS CASTRESANA-ISLA**

**TUTOR: DR. ERIC HIRSCH RODRÍGUEZ**

**SAN JOSÉ, FEBRERO 2010**



**PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS  
POSGRADO EN PSIQUIATRÍA**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

El Posgrado en Psiquiatría y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Dra. Carla Subirós Castresana-Isla, cédula 1-1133-0802, estudiante de este Posgrado ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación: “Caracterización de la población de pacientes bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 25 días del mes de febrero del año 2010, en la Ciudad de San José, Costa Rica.

---

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca  
Presidente del Tribunal

---

Dra. Ivania Salas Bogantes  
Miembro del Tribunal (lectora)

---

Dr. Eric Hirsch Rodríguez  
Miembro del Tribunal (tutor)

---

Dr. Rigoberto Castro Rojas  
Miembro del Tribunal (lector)

## **Dedicatoria**

Me gustaría dedicar el presente trabajo de investigación a todos aquellos pacientes cuya evolución se ha cronificado a lo largo del tiempo y su manejo se ha hecho difícil, tanto por sus condiciones sociodemográficas como por factores farmacológicos, que finalmente redundan en múltiples ingresos al Hospital Nacional Psiquiátrico.

Estos pacientes merecen especial atención y son quienes nos deberían de impulsar a mejorar la atención brindada a todos y cada uno de los individuos portadores de patología mental.

## **Agradecimiento**

Primeramente agradezco a mi familia por las enseñanzas y el apoyo que me ha dado a lo largo de todos los años.

Les doy las gracias a todos los funcionarios de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico quienes en todo momento estuvieron anuentes a colaborar conmigo y con la investigación. También me gustaría reconocer el aporte brindado por Doña Mayra Cartín, ya que sus recomendaciones y guía fueron invaluable para mi persona.

Agradezco al Dr. Rodolfo Salazar Fonseca y al Dr. Eric Hirsch Rodríguez por todos sus consejos y aportes al trabajo, además de apoyarme en la realización del mismo.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>ÍNDICE DE CUADROS .....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS.....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 ANTECEDENTES.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	6
<i>Estudios e Investigaciones</i> .....	6
<i>Algunos estudios sobre costo</i> .....	9
1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES .....	9
1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	10
<b>1.2 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.3.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
1.3.4. OBJETIVOS .....	13
1.3.4.1 Objetivo General.....	13
1.3.4.2. Objetivos Específicos .....	14
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
HISTORIA DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.....	17
ETIOLOGÍA.....	17
EPIDEMIOLOGÍA .....	19
DIAGNÓSTICO .....	20
Criterios DSM-IV texto revisado .....	21
COMORBILIDAD.....	28
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	29
CURSO Y PRONÓSTICO .....	30
TRATAMIENTO Y MANEJO .....	31
Manejo Farmacológico del TAB .....	33
TAB I .....	33
Manejo Farmacológico .....	33
TAB II .....	37
Monitoreo y Seguridad.....	38
Prácticas Clínicas Basadas en Evidencia .....	38
Manejo Integrado a Nivel Comunitario .....	39
<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>42</b>

<b>3.1 TIPO DE ESTUDIO.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2 ÁREA DE ESTUDIO .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>43</b>
3.3.1 UNIVERSO .....	43
<b>3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>44</b>
3.4.1 PRIMARIAS.....	44
3.4.2 SECUNDARIAS.....	44
<b>3.5 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>44</b>
3.5.1 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN.....	44
3.5.2 RELACIÓN DE LAS VARIABLES.....	47
<b>3.6 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....</b>	<b>48</b>
<b>3.7 SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....</b>	<b>56</b>
MATERIALES Y MÉTODOS.....	56
<b>3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....</b>	<b>57</b>
<b>3.9 RESULTADOS ESPERADOS /LIMITACIONES .....</b>	<b>58</b>
3.9.1 RESULTADOS ESPERADOS .....	58
3.9.2 LIMITACIONES .....	59
<b>4.0 CRONOGRAMA.....</b>	<b>60</b>
<b><u>RESULTADOS, ANÁLISIS DE DATOS Y VARIABLES .....</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</u></b>	<b><u>122</u></b>
5.1 CONCLUSIONES .....	123
5.2 RECOMENDACIONES .....	125
<b><u>ANEXOS .....</u></b>	<b><u>128</u></b>
ANEXO 1.....	129
ANEXO 2.....	130
ANEXO 3.....	131
ANEXO 4.....	132
<b><u>BIBLIOGRAFÍA .....</u></b>	<b><u>133</u></b>

## **Índice de Cuadros**

Cuadro 1 Episodio Depresivo Mayor.....	21
Cuadro 2 Episodio Maniaco.....	23
Cuadro 3 Episodio Hipomaniaco.....	25
Cuadro 4 Episodio Mixto.....	27
Cuadro 5 Causas frecuentes en el Diagnóstico Diferencial del Trastorno Afectivo Bipolar.....	30
Cuadro 6 Manejo Farmacológico del Episodio Maníaco.....	34
Cuadro 7 Manejo Farmacológico del Episodio Depresivo.....	35
Cuadro 8 Manejo Farmacológico de Mantenimiento.....	36
Cuadro 9 Manejo Farmacológico TAB II.....	37
Cuadro 10 Relación entre las variables dependientes e independientes.....	47
Cuadro 11 Operacionalización de las variables e indicadores del Protocolo de Investigación.....	48
Cuadro 12 Operacionalización de las Variables .....	49
Cuadro 13 Distribución porcentual del número de egresos en pacientes bipolares rehospitalizados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	62

Cuadro 14 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según grupo de edad. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	64
Cuadro 15 Comparación entre edad y número de reingresos en pacientes bipolares en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	65
Cuadro 16 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según género. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	67
Cuadro 17 Diferencias por género según número de reingresos en pacientes bipolares en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	67
Cuadro 18 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según estado civil. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	70
Cuadro 19 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según nivel de escolaridad. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	73
Cuadro 20 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según lugar de residencia. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	76
Cuadro 21 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según período de estabilidad afectiva. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	80
Cuadro 22 Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional de pacientes bipolares reingresados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	83
Cuadro 23 Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	86

Cuadro 24 Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	91
Cuadro 25 Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	95
Cuadro 26 Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	97
Cuadro 27 Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	99
Cuadro 28 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	101
Cuadro 29 Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	103
Cuadro 30 Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	107
Cuadro 31 Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	110

Cuadro 32 Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....113

Cuadro 33 Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....115

Cuadro 34 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....117

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 Distribución porcentual del número de egresos en pacientes bipolares rehospitalizados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	63
Gráfico 2 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según grupo de edad. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	66
Gráfico 3 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según género. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	69
Gráfico 4 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según estado civil. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	72
Gráfico 5 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según nivel de escolaridad. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	75
Gráfico 6 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según lugar de residencia. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	79
Gráfico 7 Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según período de estabilidad afectiva. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	82
Gráfico 8 Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional de pacientes bipolares reingresados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	85
Gráfico 9 Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	90

Gráfico 10 Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	93
Gráfico 11 Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	96
Gráfico 12 Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	98
Gráfico 13 Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	100
Gráfico 14 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	102
Gráfico 15 Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	106
Gráfico 16 Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	109
Gráfico 17 Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....	112

Gráfico 18 Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....114

Gráfico 19 Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....116

Gráfico 20 Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.....120



## Introducción

Desde hace más de 2.500 años los trastornos afectivos han sido descritos como una de las patologías más comunes de la humanidad. Este tipo de enfermedad afecta a una de cada cinco mujeres y a uno de cada diez hombres en algún momento a lo largo de sus vidas. En específico, el trastorno afectivo bipolar, el cual se creía contabilizaba únicamente el 1% de la población, es declarado en la actualidad como responsable de hasta el 50% de las depresiones en pacientes que consultan los servicios de psiquiatría y del 5% de episodios maniacales o hipomaniacales (Saddock et al, 2005).

La enfermedad afectiva bipolar fue la séptima causa de atención médica a nivel mundial, con el consecuente impacto económico que esto representa, según reportes de la Organización Mundial de la Salud (Crisholm et al, 2005).

Además de los criterios diagnósticos existentes en la actualidad, se han realizado múltiples estudios que amplían las fronteras de la enfermedad afectiva bipolar, lo que ha producido una mayor detección de dicha patología en los últimos años, dando como resultado un crecimiento en el porcentaje de individuos que presentan este diagnóstico y que son atendidos por instituciones psiquiátricas (Saddock et al, 2005; Akiskal et al, 2006).

Existen diferentes variables sociodemográficas mediante las cuales se puede caracterizar a los pacientes portadores de enfermedad bipolar; por ejemplo, la edad, el género, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia (Blazer, 2000). Se ha llegado a la conclusión que, mediante el reconocimiento de estas variables sociodemográficas y las características del tratamiento aplicado a aquellos pacientes que son rehospitalizados durante un período determinado, se puede mejorar la atención que se les brinda (Gastal F et al, 2000).

A pesar de la existencia de numerosos enfoques de tratamiento, tanto farmacológico como psicosocial, un gran número de pacientes portadores de enfermedad afectiva bipolar cursan con un deterioro importante en su calidad de vida y elevadas tasas de suicidio, las cuales pueden llegar a alcanzar hasta un 15% en individuos portadores de trastorno afectivo bipolar tipo II (Saddock et al, 2005).

La mala evolución y el deterioro presentado por estos pacientes han sido documentados en investigaciones recientes y no pueden ser atribuidos únicamente a dificultades en su diagnóstico y a manejos terapéuticos inadecuados (Saddock et al, 2005). Según Gerald Klerman, quien ha conducido estudios clínicos con esta población, se ha demostrado que en las últimas décadas las tasas de cronicidad, recurrencia y refractariedad en estos individuos son más elevadas de lo que se creía. Tal es el caso que, en la actualidad, 1 de cada 3 pacientes bipolares presentan cronicidad significativa a lo largo de su vida (Saddock et al, 2005).

De acuerdo con datos clínicos aportados por Keller y colegas desde 1980, se ha demostrado como a lo largo del tiempo, la patología bipolar no ha recibido un adecuado tratamiento en instituciones de atención mental a nivel mundial. Debido a que los pacientes portadores de enfermedad bipolar presentan entre un 50 y 70% de todos los intentos de autoeliminación consumados, se debería prestar especial interés a los protocolos de tratamiento implementados en las instituciones de atención psiquiátrica, para así reducir consecuencias potencialmente fatales (Saddock et al, 2005).

Conforme a lo expresado por la Dra. Itzel Pérez, Jefe de Clínica a. i. del Hospital Nacional Psiquiátrico, los pacientes que presentan varios reingresos a lo largo del año, son los que su manejo médico implica mayor dificultad y cuyo perfil debe ser conocido para mejorar la calidad de atención brindada (Pérez, 2008).

Por la importancia que esta patología ha tenido y porque ha sido poco estudiada en nuestro país, esta investigación realiza una caracterización de la población portadora

de patología afectiva bipolar, así como compara la prescripción farmacológica de mantenimiento al egreso, utilizada en pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Nacional Psiquiátrico, con los esquemas de manejo propuestos por las guías internacionales, tomando como referencia los reingresos de estos pacientes a lo largo del año 2007.

# **Capítulo I**

## **Justificación e Importancia**

## **1.1 Antecedentes**

### **1.1.1 Antecedentes Internacionales**

En cuanto a las guías de manejo del Trastorno Afectivo Bipolar, se disponen de aquellas basadas en la evidencia médica y las cuales establecen esquemas de manejo aplicables tanto en la fase aguda como de mantenimiento de la enfermedad (Yatham et al, 2006; Fountoulakis et al, 2005).

Existen propuestas internacionales en cuanto a guías terapéuticas, entre las cuales se pueden mencionar las establecidas por la Asociación Americana de Psiquiatría 2002, el Algoritmo de Medicación de Texas 2002, las recomendaciones de la Asociación Británica de Farmacología 2009, las guías de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica y las guías canadienses para el manejo de pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, CANMAT. (APA, 2002; Gilbert, 1998; Goodwin, 2009; Yatham et al, 2006).

El desarrollo de estas guías terapéuticas se da como una opción para estandarizar el tratamiento de la enfermedad afectiva bipolar y poder organizar de una manera más adecuada la información clínica del paciente. Presentan la limitante de que pueden caducar rápidamente y la evidencia sobre la que se basan recae principalmente en pruebas que en ocasiones no reflejan las condiciones clínicas de rutina. (Fountoulakis et al, 2005).

### ***Estudios e Investigaciones***

A pesar de que en el pasado los trastornos afectivos, en particular la enfermedad afectiva bipolar, habían sido discriminados del área de la investigación, con el aumento que se ha dado en cuanto a su incidencia y prevalencia poco a poco han empezado a recibir mayor atención (Saddock et al, 2005).

En el ámbito internacional existen varios estudios que investigan la relación entre variables sociodemográficas y manejo terapéutico en el trastorno afectivo bipolar, teniendo en cuenta las tasas de rehospitalización cuantificadas (Kessing et al, 1998).

Haywood et al. (1995) dirigieron un estudio con una población de pacientes crónicos portadores de enfermedad mental, entre ellos pacientes bipolares, a quienes se les aplicaron instrumentos estandarizados y se les realizó una historia de vida completa, llegando a la conclusión de que variables sociodemográficas como edad y género estaban implicadas de manera directa con la tasa de reingresos hospitalarios. Además, se concluyó que la cantidad de reingresos y la prevalencia de rehospitalizaciones tenían alto poder predictivo sobre futuros internamientos.

Patel y colaboradores (2005) realizaron un estudio en la Universidad de Texas, donde se compararon pacientes que recibían tratamiento únicamente con un regulador del estado de ánimo, con aquellos que recibían dicha terapéutica más un antipsicótico típico o un antipsicótico atípico. Entre los resultados obtenidos, se tienen diferencias entre el número de hospitalizaciones y los distintos esquemas de manejo aplicados, documentándose un mayor número de reingresos en aquellos pacientes que recibían el estabilizador del ánimo junto a un antipsicótico típico. No se reportaron diferencias de edad ni de género entre las variables sociodemográficas que fueron cuantificadas. Aquellos individuos que eran tratados con un regulador del estado de ánimo únicamente, tuvieron periodos de hospitalización menores que quienes eran portadores de un episodio afectivo sin psicosis.

Por otra parte, en el caso latinoamericano se encontraron dos estudios guatemaltecos, uno de ellos es la descripción del tratamiento farmacológico del Trastorno Bipolar en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, durante el primer semestre del año 2005. El estudio describe el tratamiento farmacológico de mantenimiento instaurado en pacientes que siguen control en la Clínica de Psiquiatría de dicho hospital. En cuanto a los resultados obtenidos, no se logró encontrar información cuantitativa con respecto al índice de

éxito terapéutico. Se trata de un estudio sumamente limitado en cuanto a tiempo y a recursos económicos y farmacológicos disponibles para la población. Entre los tratamientos más frecuentemente utilizados se menciona 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 (Aguilar, 2005).

El otro estudio que discute la evidencia clínica sobre el tratamiento bipolar en las diferentes fases clínicas y sus aplicaciones, es el realizado por el Dr. Carlos Berganza y colaboradores (2008). En este trabajo se efectúa 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, efectuando 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; todo esto con el fin de discutir las implicaciones y asociaciones al medio guatemalteco y elaborar conclusiones en consenso. Entre los resultados que se lograron obtener, se tiene 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.

### ***Algunos estudios sobre costo***

El manejo ineficaz en el tratamiento farmacológico de pacientes portadores de trastorno afectivo bipolar presenta un impacto sobre el costo de la atención médica en esta población (Crisholm et al, 2005).

Se estima que en la década pasada se invirtieron en Estados Unidos \$45 millones de dólares americanos en el tratamiento y hospitalizaciones de pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar, mientras que en el Reino Unido estas cifras alcanzan los €2 millones de euros (Das Gupta et al, 2002; Crisholm et al, 2005).

En el país no se encontraron antecedentes de estudios de costos por la atención específica de este tipo de pacientes.

#### ***1.1.2 Antecedentes Nacionales***

A nivel nacional no se ha dado un consenso de las autoridades pertinentes de salud para realizar una propuesta con recomendaciones a seguir en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedades afectivas. Según revisión de las Guías de Práctica Clínica de la Caja Costarricense del Seguro Social, bases de datos disponibles a nivel bibliotecario y de Internet en Costa Rica, no se logró documentar la existencia y uso de guías terapéuticas en los pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar. Tampoco existen estudios sobre las características de esta población y su comportamiento.

De acuerdo con los datos del Comité Ético Científico de la Universidad de Ciencias Médicas, únicamente existe el reporte de estudios en el país en pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, que tienen como propósito evaluar la eficacia y seguridad de una medicación de acción prolongada como terapia de mantenimiento después de un episodio mixto o maníaco agudo, asociado a un

desorden bipolar tipo I. Estos estudios son conducidos por el Dr. Mesén Fainardi y la Dra. Solórzano Sandoval.

### **1.1.3 Antecedentes Locales**

Como se mencionó anteriormente, en el país no se han realizado estudios que logren caracterizar a la población de pacientes bipolares que presentan varios reingresos durante un año en particular, ni tampoco se ha analizado la utilización de aquellos fármacos incluidos en el esquema básico de medicación de la Caja Costarricense del Seguro Social y su correspondiente comparación con guías internacionales. Únicamente se cuenta con la revisión bibliográfica realizada por la Dra. Schapiro durante el año 2005 (Schapiro, 2005).

En este estudio se efectúa una amplia revisión acerca de diferentes opciones terapéuticas en el Trastorno Afectivo Bipolar, tomando en consideración el manejo farmacológico; sin embargo, se trata de una propuesta meramente teórica, donde no se caracteriza a la población, tampoco se hace comparación alguna entre los datos bibliográficos y las medicaciones empleadas para el manejo de los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico (Schapiro, 2005).

### **1.2 Justificación**

En nuestro medio se desconocen las características sociodemográficas de aquellos pacientes portadores de patología afectiva bipolar, a pesar de que es una patología cuyo manejo se hace más difícil, lo cual se evidencia, de una u otra forma, por sus rehospitalizaciones en el Hospital Nacional Psiquiátrico a lo largo del año. Además de ello, se desconoce el efecto terapéutico real de los diversos esquemas empleados en el Hospital Nacional Psiquiátrico y su validez en la eficacia del tratamiento de esta enfermedad afectiva.

Por otra parte, la necesidad de mejorar el manejo terapéutico de esta población responde no solo a una preocupación por el costo económico que representan sus reingresos en la Institución, sino principalmente por el deterioro en la calidad de vida de estos individuos.

Durante el año 2007, en el Servicio de Urgencias del Hospital Nacional Psiquiátrico se realizaron un total de 12224 consultas y se efectuaron 533 hospitalizaciones con el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, de las cuales 65 corresponden al número de pacientes que fueron reingresados a lo largo del año. Para esta investigación, y tomando en consideración el periodo de análisis, la información se recopiló mediante la revisión de los expedientes de salud, manteniendo la confidencialidad de los pacientes.

Aquellos pacientes que son reingresados durante el año en el Hospital Nacional Psiquiátrico, son los que presentan rasgos que los distinguen y los hacen ser de difícil manejo médico. Desde este punto de vista al realizar una descripción de sus características y del manejo farmacológico de mantenimiento aplicado, se pretendió llegar a conocer su perfil e identificar aquellas variables que puedan ser mejoradas mediante la optimización del manejo médico brindado, con el propósito de ofrecer una calidad de atención médica especializada, que tenga como consecuencia una mejor calidad de vida y pronóstico a largo plazo.

Esta investigación tiene el propósito de generar conocimiento acerca de una población de pacientes con diagnóstico de enfermedad afectiva bipolar que reingresaron al Hospital Nacional Psiquiátrico; esto con el objetivo de ofrecer una oportunidad de análisis del perfil de dichos pacientes y propiciar una revisión crítica del manejo terapéutico farmacológico que se les brindó en la Institución.

Se espera que los datos que se obtuvieron sirvan para mejorar el manejo de dicha población.

### ***1.3. Delimitación y Formulación del Problema de Investigación***

#### **1.3.1. Delimitación del Problema de Investigación**

La investigación surgió debido al interés por realizar una caracterización de la población portadora de enfermedad bipolar que reingresó al Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2007. El interés por el problema de investigación se fundamenta en que en el país no se cuenta con un análisis de la patología afectiva bipolar, considerando variables sociodemográficas, periodo de estabilidad afectiva prevalencia de la reshospitalización según el patrón estacional, así como del tratamiento farmacológico aplicado al paciente egresado, comparado con el esquema de manejo propuesto en las guías internacionales.

Los aspectos que formaron parte del problema de investigación se asociaron directamente con las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, lugar de residencia, período de estabilidad afectiva, prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional; esquema de manejo farmacológico de mantenimiento, cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar según las guías internacionales, uso adecuado de medicación antipsicótica en el manejo de esta patología, adecuado empleo de reguladores del estado de ánimo y correcta utilización de antidepresivos en el tratamiento de mantenimiento de la patología bipolar.

#### **1.3.2. Definición del Problema de Investigación**

El describir las características de los pacientes rehospitalizados a lo largo de un año, los cuales a su vez presentan un mayor reto clínico, es relevante en cuanto al conocimiento de las condiciones específicas de la población, que puedan llevar a los médicos tratantes a optimizar su manejo y por ende mejorar sus condiciones de vida.

Los condicionantes del adecuado manejo terapéutico determinan la estabilidad del paciente y la aplicación de guías farmacológicas en la prescripción medicamentosa asegura una evolución adecuada del individuo posterior a su egreso.

Debido a lo descrito, se planteó como pregunta del problema a indagar la siguiente ¿cuál es la caracterización de pacientes bipolares reingresados durante el período de enero a diciembre del año 2007?

### **1.3.3. Formulación del Problema**

¿Cual es la caracterización de la población de pacientes bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007?

### **1.3.4. Objetivos**

#### **1.3.4.1 Objetivo General**

- A. Caracterizar la población portadora de enfermedad afectiva bipolar que fue reingresada en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007.
- B. Comparar la prescripción farmacológica de mantenimiento al egreso, utilizada en pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Nacional Psiquiátrico, quienes fueron reingresados en el año 2007, con los esquemas de manejo propuestos por las guías internacionales.

### **1.3.4.2. Objetivos Específicos**

1. Definir la prevalencia de egreso en la población de estudio por grupo de edad, género, estado civil, nivel de escolaridad y lugar de residencia.
2. Identificar el período de estabilidad afectiva en los pacientes rehospitalizados con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2007.
3. Determinar la prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar durante año 2007.
4. Analizar el esquema de manejo farmacológico de mantenimiento en pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar que fueron rehospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007, para contrastarlo con el esquema de manejo propuesto por las guías internacionales.
5. Determinar el cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según las guías internacionales en pacientes rehospitalizados con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en el año 2007.
6. Contrastar el uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de la población en estudio, con el propuesto por las guías internacionales.

7. Comparar el empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento entre la población portadora de Trastorno Afectivo Bipolar rehospitalizada en el año 2007 y las indicaciones de mantenimiento de las guías internacionales.
  
8. Describir la utilización de antidepresivos como terapia de mantenimiento en la enfermedad afectiva bipolar en pacientes rehospitalizados en el año 2007.

## **Capítulo II**

### **Marco Teórico**

## **Historia del Trastorno Afectivo Bipolar**

Las primeras descripciones de la relación entre la manía y la depresión en una entidad única se dieron en Alejandría en el período 50 A.C. La utilización del término conocido como bipolaridad tiene lugar por primera vez durante la década de 1850, cuando Jules Baillarger describe una entidad mental “bifásica”, la cual alterna entre la manía y la depresión; posteriormente Jean Pierre Falret la describe como “insania circular”. Estos conceptos fueron desarrollados posteriormente por Emil Kraepelin, quien asocia el término “psicosis” a los episodios afectivos previamente descritos (Marneros y Goodwin, 2007). Es en la década de los años 50 cuando se describe el trastorno en un manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, en el cual se propone formalmente la entidad como trastorno afectivo bipolar y se subclasifica gracias a los aportes del psiquiatra Kart Leonhard (Marneros y Goodwin, 2007).

## **Etiología**

El trastorno bipolar no es puramente fisiológico ni tampoco ambiental, sino que es multifactorial. Esto significa que existen muchos factores genéticos y ambientales que conspiran para originar el trastorno (Marneros y Goodwin, 2007). Según datos del National Institute of Mental Health (NIMH) del gobierno de Estados Unidos de Norteamérica, no existe una única causa para esta patología, sino muchos factores que actúan en conjunto y dan como resultado este cuadro clínico.

Dada la prevalencia familiar del Trastorno Afectivo Bipolar, los investigadores del NIMH han tratado de buscar un gen específico que se transfiera por generaciones y pueda incrementar las posibilidades de una persona de desarrollar la enfermedad. Las investigaciones sugieren que el Trastorno Afectivo Bipolar ocurre por la intervención de más de un gen.

La "teoría del kindling" se refiere a un aumento de excitabilidad en las neuronas del sistema límbico y afirma que las personas que están genéticamente predisuestas al trastorno bipolar pueden experimentar una serie de acontecimientos estresantes, cada uno de los cuales disminuye el umbral en el que puede darse un cambio de estado de ánimo (Saddock et al, 2005).

Los factores psicológicos también desempeñan un importante papel tanto en la psicopatología del trastorno como en los factores psicoterapéuticos, cuyo objetivo es la reducción de los principales síntomas, el reconocimiento de factores desencadenantes de los episodios, la reducción de emociones expresadas negativamente en las relaciones, el reconocimiento de los síntomas prodrómicos antes de una recurrencia declarada y la práctica de aquellos factores que conducen a la continuidad en la remisión (Dominic et al, 2005).

Los individuos con trastorno bipolar tienden a experimentar desencadenantes de episodio que suponen acontecimientos interpersonales o relacionados con logros personales (Saddock et al, 2005).

Eventualmente se puede desencadenar un episodio (que de este modo se hace recurrente) por sí mismo; no obstante, no todos los individuos experimentan, a consecuencia de ello, episodios en ausencia de acontecimientos vitales positivos o negativos (Marneros y Goodwin, 2007).

Un historial familiar de trastornos dentro del espectro bipolar puede transmitir una predisposición genética a desarrollar uno de ellos, puesto que estos son poligénicos. La edad de inicio es más temprana cuando alguno de los padres presenta un trastorno afectivo y de forma más evidente cuando tanto la vía materna como paterna están afectadas. (Phelps J, 2005).

Recientes investigaciones realizadas en Japón señalan como hipótesis un posible origen mitocondrial de este trastorno, lo que podría explicar la relación directa con la herencia por línea materna (Marneros y Goodwin, 2007).

## **Epidemiología**

La enfermedad bipolar es relativamente común y con un porcentaje elevado de afección en la calidad de vida del paciente a largo plazo (DSM IV, 1994; DSMIV-TR, 2002). Existen diversas comparaciones de prevalencia en cuanto a Trastorno Afectivo Bipolar según estudios realizados por el NIMH, pues se documenta en la bibliografía una prevalencia en la población general de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) tipo I en 0.5% al 2.4% y para TAB II en 0.2% a 5.0%. La prevalencia del trastorno afectivo bipolar es similar entre hombres y mujeres, sin embargo se ha reportado que las mujeres presentan menor proporción de episodios maniacales que los hombres y un mayor riesgo de ciclaje rápido (Burt et al, 2004; Kessing et al, 2004; Hendrick et al, 2000).

La edad de inicio promedio se presenta entre los 17 y los 21 años, dándose un deterioro a nivel funcional en aquellos individuos que son diagnosticados antes de los 19 años, ya que esta entidad se asocia con alteraciones académicas, sociales y laborales (Yatham et al, 2006).

La relación entre variables sociodemográficas y el trastorno afectivo bipolar es compleja. En este sentido, se ha encontrado una mayor proporción de esta patología en individuos solteros, divorciados o viudos. La presencia de episodios afectivos, ya sean depresivos, maníacos o hipomaniacos, es un factor predictor de la conflictiva familiar, lo que trae como consecuencia una carga de estrés en la vida de los pacientes y sus familiares, afectando directamente su contención social. Aquellos pacientes que cuentan con un nivel socioeconómico más bajo, lo que implica un

menor nivel de escolaridad, ingresos económicos reducidos y menor calidad de vida, se encuentran en mayor riesgo de recurrencia de episodios afectivos.

Se ha reportado que los pacientes portadores del trastorno afectivo bipolar II presentan una mejor calidad de vida y forman parte de un grupo socialmente activo y con mejores redes de apoyo, que aquellos que son portadores del trastorno afectivo bipolar I. Se ha encontrado hasta un 40% menos de prevalencia de la patología en áreas rurales en comparación con áreas urbanas (Judd , 2003), lo cual podría estar relacionado con el estilo de vida que se desarrolla en unas y otras.

El patrón estacional muestra una elevación de los episodios maníacos durante el verano, así como un aumento de episodios depresivos y suicidios durante el invierno, sin embargo, para interpretar los datos es necesario tomar en cuenta los esquemas de tratamiento administrados y su correspondiente abandono (Saddock, 2005).

## **Diagnóstico**

El trastorno afectivo bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Existe una clasificación adicional denominada trastorno bipolar no especificado, donde se codifican aquellos trastornos bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos previamente definidos (APA, 1994).

El diagnóstico del trastorno afectivo bipolar puede llegar a ser desafiante, debido a que un error en el reconocer la presentación clínica de los episodios afectivos, puede significar un atraso en el diagnóstico y tratamiento de la entidad de más de 20 años (Hirschfeld et al, 2003; Lish et al, 1994; Yatham et al, 2003).

## Criterios DSM-IV texto revisado

Los siguientes son los criterios diagnósticos de Trastorno Afectivo Bipolar según la Asociación Americana de Psiquiatría en su revisión 2002.

### Cuadro 1 Episodio Depresivo Mayor

Episodio Depresivo Mayor	<p>A-La presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) Estado de ánimo deprimido</li><li>2) Pérdida del interés o de la capacidad de placer</li></ul> <p>Nota: No incluir síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</li><li>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. (según el propio sujeto u observaciones por parte de los demás).</li></ul>
--------------------------	---

<p style="text-align: center;">Episodio Depresivo Mayor</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar fracasos en lograr los aumentos de peso esperables.</li> <li>4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.</li> <li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o estar enlentecido).</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</li> <li>7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. (ya sea atribución subjetiva u observación ajena).</li> <li>9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin plan específico, tentación de suicidio o un plan específico para suicidarse.</li> </ol>
	<p>B-Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>

	C-Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
	D-Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, droga o medicamento) o una enfermedad médica.
	E-Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: (DSMIV-TR, 2002)

## Cuadro 2 Episodio Maniaco

Episodio Maniaco	A- Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
	B- Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es irritable) y han estado presentes en un grado significativo:

<p>Episodio Maniaco</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima exagerada o grandiosidad</li> <li>2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado después de 3 horas de sueño)</li> <li>3. Más hablador de lo habitual o verborreico</li> <li>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado</li> <li>5. Distracción (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)</li> <li>6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora</li> <li>7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, compras irracionales, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)</li> </ol>
	<p>C-Los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto.</p>
	<p>D-La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave</p>

	<p>como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo a los demás, o hay síntomas psicóticos.</p>
	<p>E-Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, droga o medicación o tratamiento), ni a una enfermedad médica.</p>
	<p>Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.</p>

Fuente: (DSMIV-TR, 2002)

### **Cuadro 3** Episodio Hipomaniaco

Episodio Hipomaniaco	<p>A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.</p>
	<p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:</p>

Episodio Hipomaniaco	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoestima exagerada o grandiosidad</li> <li>2. Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño).</li> <li>3. Más hablador de lo habitual o verborreico</li> <li>4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado</li> <li>5. Distrainimiento (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)</li> <li>6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora</li> <li>7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)</li> </ol>
	<p>C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.</p>
	<p>D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad</p>

	son observables por los demás.
	E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
	F. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
	Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Fuente: (DSMIV-TR, 2002)

#### **Cuadro 4** Episodio Mixto

Episodio Mixto	A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de una semana.
	B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave

	<p>para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.</p>
	<p>C. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).</p>
	<p>Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.</p>

Fuente: (DSMIV-TR, 2002)

## Comorbilidad

Estos pacientes presentan una elevada incidencia de comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos ansiosos y de la personalidad ( McElroy et al, 2001; Vieta et al, 2000; Frank et al, 2002).

Conforme indagaciones que se citan, el abuso de licor es observado en un 46% de los pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar I y entre un 35 y un 50% de los

pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar II (Schapiro, 2005). Las mujeres portadoras de Trastorno Afectivo Bipolar II presentan un mayor porcentaje de abuso de licor en relación con aquellas portadoras de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I (Schapiro, 2005). Asimismo, las tasas de abuso de drogas son el doble para aquellos pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar tipo II que para los portadores de Trastorno Afectivo Bipolar tipo I (Schapiro, 2005).

La comorbilidad asociada del Eje I y el Eje II se encuentra directamente relacionada con una edad más temprana de presentación del primer episodio afectivo y un peor pronóstico (McElroy et al, 2001; Dalton et al, 2003). En este grupo de pacientes existe un mayor riesgo de padecer casi todos los trastornos de ansiedad, incluidos el trastorno de ansiedad generalizado, la fobia simple, la fobia social, el trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático (Feske et al, 2000).

También se han observado porcentajes elevados de comorbilidad con trastornos del control de impulsos, trastornos de alimentación y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Vieta et al, 2000). Los estudios de prevalencia de personalidad específica en pacientes maniacos han hallado tasas elevadas sobre todo del grupo B (antisocial, "borderline", narcisista e histriónico). Algunos trastornos de personalidad que se presentan frecuentemente en pacientes bipolares son el obsesivo-compulsivo, el límite, el narcisista y el evitativo (Brieger et al, 2003; Rossi et al, 2001).

## **Diagnóstico Diferencial**

Se dan diferentes causas de los episodios afectivos las cuales son de una etiología diversa, entre las que se encuentran las presentadas en el siguiente cuadro:

**Cuadro 5** Causas frecuentes en el Diagnóstico Diferencial del Trastorno Afectivo Bipolar

Condiciones médicas	Efectos secundarios a sustancias	Trastornos psicóticos
<p>Condiciones médicas asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disfunción metabólica</li> <li>-Patología Infecciosa</li> <li>-Patología del colágeno</li> <li>-Patología neurológica</li> <li>-Neoplasias</li> <li>-Deficiencias nutricionales</li> </ul>	<p>Consumo de medicación con efectos secundarios similares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Esteroides</li> <li>-Cimetidina</li> <li>-Cicloserina</li> <li>-Vincristina</li> <li>-Interferon</li> <li>-<math>\alpha</math>-metildopa</li> </ul>	<p>Trastornos Psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Esquizofrenia</li> <li>-T. Esquizoafectivo</li> <li>-T. Ideas Delirantes</li> </ul>
<p>Consumo de sustancias ilícitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anfetaminas</li> <li>-Cocaína</li> <li>-Cannabis</li> </ul>	<p>Abuso de Licor</p>	<p>Otros Trastornos Psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastornos Ansiosos</li> <li>-Trastornos de Personalidad</li> <li>-Trastorno por Déficit Atencional</li> </ul>

Fuente: (Saddock, 2005)

### Curso y Pronóstico

El curso de la enfermedad en aquellos pacientes con sintomatología severa ha sido reportado con una disminución de los síntomas de un 50% a las 6 semanas de su hospitalización y un 98% dentro de los 2 años siguientes. Se ha cuantificado un 72% de remisión sintomática total y un 43% de recuperación al nivel funcional previo a la hospitalización (Tohen et al, 2003).

A pesar de las diferentes opciones terapéuticas con las que se cuenta, existe un número significativo de pacientes que experimentan un curso desfavorable a lo largo

de su patología mental (Sernyak et al, 1994). Hasta un 25% de los pacientes presentan una rehospitalización 11 meses posteriores a su primer ingreso, así como el 50% la experimentan durante los 4 años posteriores (Kessing et al, 1998).

El pronóstico de los individuos portadores de esta patología depende de una serie de factores, entre los que se pueden mencionar el grado de conciencia del paciente sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento, una adecuada red de apoyo tanto familiar como hospitalaria, así como un esquema terapéutico individualizado, los cuales en conjunto ayudan a disminuir la tasa de recaídas y rehospitalizaciones (Dominic et al, 2005).

El nivel de funcionalidad descrito en varios estudios longitudinales evidencia una fluctuación entre períodos de “normalidad” intercrisis, con aquellos caracterizados con un funcionamiento pobre con un deterioro importante en diferentes áreas de la vida del paciente. Estas áreas se refieren tanto a las afectivas, como sociales y laborales, tal es el caso de los episodios maníacos y depresivos. Los episodios hipomaniacos se han asociado con una mejoría en el funcionamiento global de los pacientes (Judd et al, 2005).

## **Tratamiento y Manejo**

El tratamiento puede disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas al trastorno, al afectar directamente la frecuencia, severidad y consecuencias psicosociales de los episodios y al mejorar el funcionamiento entre estos. No obstante, se calcula que sólo un tercio de los individuos portadores de Trastorno Afectivo Bipolar reciben tratamiento (Schapiro, 2005; Yatham et al, 2006), lo cual se manifiesta como un complejo dilema de acceso a los servicios de salud en el mundo y de detección de la enfermedad.

Los objetivos generales del diagnóstico y el tratamiento consisten en evaluar y tratar los episodios agudos, prevenir las recaídas y mejorar la funcionalidad interepisódica de los pacientes afectados (Schapiro, 2005).

La selección y combinación de agentes en particular se realiza con base en los antecedentes médicos del individuo y la disponibilidad de los fármacos (Alderfer et al, 2003; Hughes et al, 2003).

A nivel internacional existen diversos protocolos de manejo farmacológico los cuales aportan recomendaciones a seguir sobre las diferentes opciones medicamentosas según el estadio clínico del paciente. Estos protocolos se realizan tomando en cuenta diferentes estrategias de investigación y medicina basada en la evidencia. Entre sus objetivos se encuentran la discusión del diagnóstico diferencial de la entidad y el manejo de pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar quienes presentan comorbilidad médica importante.

Asimismo, la instauración del uso de estas guías hace hincapié en la necesidad imperativa del monitoreo periódico de los pacientes. Una vez que el paciente se ha estabilizado desde el punto de vista mental, es necesario incluir un abordaje psicosocial y de esta manera involucrar al paciente en la discusión de las diferentes opciones terapéuticas. Es imprescindible brindar psicoeducación tanto al paciente como a la familia sobre el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evolución de la entidad afectiva para que así se puedan participar activamente a lo largo de las intervenciones (Fountoulakis et al, 2005).

El trastorno afectivo bipolar se caracteriza por episodios de recurrencia y remisión, por lo que estos pacientes requieren de un seguimiento multidisciplinario a largo plazo para así poder mejorar su calidad de vida y pronóstico. Además del monitoreo y soporte médico, hay evidencia de que el soporte psicosocial como tal y los procesos de psicoterapia mejoran la evolución y el pronóstico de esta población, aunado a la terapia farmacológica (Wagner, 1998; Robert , 2004 ).

El uso de estrategias psicosociales se debe de implantar desde las primeras intervenciones debido a que su uso mejora la adherencia medicamentosa, disminuye la sintomatología residual y la conducta suicida y acelera la recuperación del paciente hacia un estado de mayor funcionalidad (Zaretsky A, 2003; Rucci P et al, 2002).

## **Manejo Farmacológico del TAB**

### ***TAB I***

Esta patología se caracteriza por la presencia de episodios maníacos y mixtos, acompañados de episodios depresivos. Aunque su diagnóstico se elabora con base en sintomatología maníaca o hipomaníaca, los síntomas y episodios depresivos son más comunes en el Trastorno Afectivo Bipolar tipo I. La fase depresiva se presenta en más de un 90% a lo largo de la vida del paciente y causa mayor discapacidad y afectación de la calidad de vida que las otras fases (Balázs, et al, 2006). Más del 50% de los pacientes bipolares buscan ayuda médica cuando se encuentran ante la presencia de sintomatología depresiva (Kupfer et al, 2002).

### **Manejo Farmacológico**

En los cuadros que siguen, se presenta el manejo farmacológico recomendado por diferentes asociaciones médicas internacionales, según sea el Episodio Maníaco, el Episodio Depresivo y el manejo de Mantenimiento, conforme recopilación de los autores que se citan .

**Cuadro 6** Manejo Farmacológico del Episodio Maníaco, según diferentes asociaciones médicas internacionales

	<i>American Psychiatric Association 2002</i>	<i>Texas Medication Algorithm Project 2002</i>	<i>British Association of Pharmacology 2009</i>	<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry</i>	<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2007</i>
1era Elección	Litio, Valproato, Olanzapina, Litio + Antipsicótico Atípico	Litio, Valproato, Olanzapina	Antipsicótico Atípico, Valproato, Litio, Carbamacepina	Litio, Valproato, Olanzapina, Risperidona, Carbamacepina	Litio, Valproato, Olanzapina, Risperidona, Litio o Valproato + Antipsicótico Atípico,
2da Elección	Combinación de agentes de primera línea, TEC	Combinaciones de agentes de primera línea	Litio o Valproato + Antipsicótico Atípico, Clozapina, TEC	Combinaciones entre Reguladores del Afecto y antipsicótico atípicos TEC	Carbamacepina, Litio + Valproato, TEC

Fuente: (Fountoulakis et al, 2005; Yatham, et al, 2006, Goodwin et al, 2009)

**Cuadro 7** Manejo Farmacológico del Episodio Depresivo, según diferentes asociaciones médicas internacionales

	<i>American Psychiatric Association 2002</i>	<i>Texas Medication Algorithm Project 2002</i>	<i>British Association of Pharmacology 2009</i>	<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry</i>	<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2007</i>
1era Elección	Litio, Lamotrigina, Litio + Antidepresivo, TEC	Litio, Valproato, Olanzapina (Litio, Valproato, Olanzapina) + Lamotrigina o Antidepresivo	Litio, Valproato o Antipsicótico Atípico + ISRS Lamotrigina, Litio, Valproato	Antidepresivo + Regulador del Afecto, ISRS + (Litio, Lamotrigina, Valproato o Carbamacepina)	Litio, Lamotrigina Litio o Valproato + ISRS, Litio + Valproato
2da Elección	Combinación de agentes de primera línea, TEC	Combinaciones de agentes de primera línea TEC	Estrategias de potenciación TEC	Combinaciones entre agentes de primera línea, Estrategias de potenciación, TEC	Litio o Valproato + Lamotrigina

Fuente: (Fountoulakis et al, 2005; Yatham, et al, 2006, Goodwin et al, 2009)

**Cuadro 8** Manejo Farmacológico de Mantenimiento, según diferentes asociaciones médicas internacionales

	<i>American Psychiatric Association 2002</i>	<i>Texas Medication Algorithm Project 2002</i>	<i>British Association of Pharmacology 2009</i>	<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry</i>	<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2007</i>
1era Elección	Litio, Valproato, Lamotrigina	Monoterapi a de Litio, Olanzapina o Valproato, Uso interminternte de Antidepresi-vo	Litio	Litio, Regulador del Afecto, ISRS + (Litio, Lamotrigina, Valproato o Carbamacepina)	Litio, Lamotrigina, Valproato, Olanzapina
2da Elección	TEC, Combinación de agentes de primera línea, Descontinar antipsicótico	Combinaciones de agentes de primera línea	Reguladores del Afecto, Antidepresivo o Lamotrigina + Regulador del Afecto, Clozapina, Combinaciones de primera elección, TEC	Combinaciones entre agentes de primera línea, Estrategias de potenciación , TEC	Carbamacepina, Litio + Valproato, Litio + Carbamacepina, Litio o Valproato + Olanzapina

Fuente: (Fountoulakis et al, 2005; Yatham, et al, 2006, Goodwin et al, 2009)

## **TAB II**

Esta patología se caracteriza por ser un continuo entre la depresión unipolar y el Trastorno Afectivo Bipolar tipo I. Debido a las características clínicas que lo definen, que son episodios de hipomanía y depresivos, se dice que pueden pasar hasta 12 años antes de que un paciente sea diagnosticado de manera adecuada bajo esta entidad e inicie con el tratamiento apropiado. (Piver et al, 2002; Ghaemi et al, 2002; Simpson et al, 2002)

Los episodios hipomaníacos no tratados se asocian con una mayor incidencia de problemas financieros, legales y psicosociales de los individuos, los cuales la mayoría de las veces estos episodios pasan inadvertidos ante las valoraciones médicas. Existe evidencia de que los pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar tipo II, cursaron 37 veces más días experimentando sintomatología depresiva que hipomaníaca, por lo que es recomendable enfocar el manejo a largo plazo a la prevención de sintomatología depresiva (Hirschfeld, 2001).

**Cuadro 9** Manejo Farmacológico TAB II

	<i>Manejo Farmacológico Agudo</i>	<i>Manejo Farmacológico de Mantenimiento</i>
1era Elección	No hay evidencia suficiente para emitir criterios	Litio, Lamotrigina
2da Elección	Litio, lamotrigina, Litio o Valproato + Antidepresivos, Litio + Valproato, Antipsicóticos atípicos + antidepresivos	Valproato, Litio o Valproato o Antipsicóticos atípicos + Antidepresivos

Fuente: (Calabrese et al, 2005; Amsterdam J, 2005)

## **Monitoreo y Seguridad**

El manejo médico de la población con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar debe incluir idealmente la realización de exámenes de laboratorio de rutina, en particular hemograma, glicemia, pruebas de función renal, hepática, tiroidea y perfil lipídico, antes del inicio de la medicación y durante por lo menos cada 6 meses. Estos pacientes deben ser monitoreados por aumento de peso y reacciones adversas relacionadas con el esquema terapéutico aplicado en cada caso en particular. Existe un número importante de aspectos sobre seguridad y tolerancia en el tratamiento de esta población que es necesario conocer y que van a depender de la medicación y del perfil médico de cada paciente (Yatham et al, 2006).

## **Prácticas Clínicas Basadas en Evidencia**

A lo largo de los últimos años aquellas organizaciones e instituciones encargadas de proveer servicios en salud mental, se han encargado de implementar el uso de “prácticas basadas en la evidencia” en la atención que se le brinda a la población portadora de patología psiquiátrica. Estas prácticas pueden ser definidas como aquellos servicios de atención y soporte cuyo beneficio en la mayoría de los pacientes ha sido comprobado mediante evidencia obtenida por medio de investigación biológica, psicológica y sociológica. Entre las razones que se han propuesto para incluir el uso de estas intervenciones se ha expuesto que esta población tiene derecho a un servicio efectivo, cuya atención esté basada en prácticas objetivas y seguras (Frese et al, 2001).

Este enfoque de atención tiene carácter global, parte del paciente como punto principal e incluye la prescripción de medicamentos según parámetros específicos, así como psicoeducación familiar e individual y atención a comorbilidades. Se trata de un planteamiento que refleja las necesidades individuales de los pacientes y que se

encuentra orientado a mejorar su independencia, relaciones interpersonales y laborales, así como su calidad de vida (Drake et al, 2001).

A pesar de que estas prácticas se encuentran validadas, en el país no se desarrollan como parte de la atención de rutina que se le brinda a la población portadora de patología mental. Estas prácticas están limitadas por carencias económicas y por el empleo de procedimientos no siempre respaldados por la evidencia. El cambio propuesto en los servicios de atención en salud mental se basa en modificar su gestión, desde las prescripciones médicas hasta la estructura de los equipos que realizan las intervenciones clínicas. Es por ello que con la implementación de estas nuevas prácticas se debe involucrar a las autoridades encargadas de la administración de los recursos tanto económicos como humanos, así como al personal clínico en salud mental, quienes proveen el servicio directamente; también en este proceso deben tenerse en consideración las necesidades de los pacientes y sus familias (Torrey et al, 2001).

### ***Manejo Integrado a Nivel Comunitario***

Como parte de las nuevas prácticas basadas en evidencia que se han establecido para el manejo a largo plazo de la enfermedad mental, se han creado una serie de programas conocidos como Tratamiento Comunitario Asertivo, Assertive Community Treatment o ACT, por sus siglas en inglés (Mueser et al, 2003). Estos programas son descritos como un acercamiento intensivo e integrado por parte de servicios especializados en salud mental a la comunidad. Su enfoque primario es darle seguimiento a aquellos pacientes portadores de enfermedad mental con características que los hacen de difícil manejo, incluyendo un nivel importante de disfunción a nivel social, laboral y familiar, que les impide desarrollarse de manera independiente en un ambiente extrahospitalario (Dixon, 2000).

Entre las principales metas de estos servicios se encuentran:

- Promover la recuperación y rehabilitación de los pacientes con miras a prevenir rehospitalizaciones y deterioro crónico.
- Énfasis en intervenciones por parte de un equipo multidisciplinario, el cual se encuentra integrado por psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras especialistas en salud mental, terapeutas ocupacionales e individuos portadores de la enfermedad que han tenido experiencias exitosas de rehabilitación.
- Seguimiento a nivel domiciliario con un alto compromiso hacia las intervenciones para prevenir crisis o de ser necesario para prevenir rehospitalizaciones, estando disponibles a cualquier hora del día (McGrew y Bond, 1995).

Se trata de una intervención altamente especializada, donde se le permite al paciente convivir en un ambiente estructurado sin la necesidad de encontrarse institucionalizado. Aquellos pacientes que califican para su inclusión en estos programas son quienes presentan síntomas de mayor severidad y necesitan de un seguimiento individualizado debido a que no se han visto beneficiados con los programas usuales a nivel ambulatorio. Los programas funcionan en un plazo de tiempo limitado según las características de cada paciente con miras a darles de alta una vez que hayan alcanzado una mejoría en su funcionamiento global. La frecuencia de contactos durante la semana con el equipo de salud, varía desde una hasta tres veces dependiendo de las condiciones psicosociales de los individuos, sus esquemas de medicación y la evolución que estén presentando. Como parte de las intervenciones realizadas se brindan consultas de psiquiatría, asistencia social en cuanto a ubicación domiciliar y laboral, contención familiar y psicoeducación, además

de aquellas intervenciones necesarias para garantizar un adecuado desempeño de los pacientes en la comunidad (Olfson 1990; Dixon et al, 2001).

Los programas de tratamiento comunitario han demostrado su utilidad costo-efectiva al mejorar los procesos de recuperación y la conciencia de la enfermedad de cada individuo, lo que finalmente contribuye con una evolución positiva de su estado de salud, lo cual mejora la calidad de vida de los pacientes y disminuye costos económicos a nivel de los centros de salud, debido a la reducción en el número de hospitalizaciones secundarias a enfermedad mental.

# **Capítulo III**

## **Diseño Metodológico**

### ***3.1 Tipo de Estudio***

El presente estudio es una investigación según el enfoque cuantitativo, ya que se aplican instrumentos sometidos a pruebas de validación y confiabilidad, donde los investigadores son elementos externos al objeto que se investiga y se utilizan técnicas estadísticas en el análisis de datos y generalización de los resultados. Según su profundidad, se enmarca en el tipo no experimental - correlacional (analítico) debido a que busca saber cómo se puede conllevar una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

Es un estudio tipo retrospectivo porque se analizan las variables en un período definido que abarca del 1 de enero hasta el 31 de Diciembre del año 2007; además de que se realiza una medición de prevalencia, el estudio es de carácter observacional, por lo cual no se manipulan las variables de interés.

### ***3.2 Área de Estudio***

Esta investigación se realizó mediante la revisión de los expedientes de salud de los pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico que se encuentra ubicado en la Región Central Sur (San José, Área Metropolitana), perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

### ***3.3 Unidades de análisis y objetos de Estudio***

#### ***3.3.1 Universo***

Está constituido por 65 pacientes, tanto del género femenino y masculino, con edades comprendidas entre los 17 y 77 años, y quienes habiendo sido diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar, presentaron varios egresos del hospital durante el año 2007. Todos los pacientes cuentan con un expediente de salud en la institución.

### **3.4 Fuentes de información**

#### **3.4.1 Primarias.**

- Expediente de salud de los pacientes

#### **3.4.2 Secundarias.**

- Tabla de registro consulta médica
- Protocolo del Proyecto
- Revistas, publicaciones y documentos web acerca de manejo del paciente Bipolar
- Revistas, publicaciones y documentos web acerca de atención a pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar
- Revistas, publicaciones y documentos web de las guías de atención al paciente con Trastorno Afectivo Bipolar

### **3.5 Identificación, descripción y relación de las variables**

#### **3.5.1 Identificación y descripción**

Las variables identificadas son:

1. Edad
2. Género
3. Estado civil
4. Nivel de escolaridad
5. Lugar de residencia
6. Período de estabilidad afectiva
7. Prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional
8. Esquema de manejo farmacológico de mantenimiento
9. Cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento
10. Uso local de antipsicóticos

11. Empleo de reguladores del afecto

12. Utilización de antidepresivos

***Las definiciones de las mismas son:***

1. Edad: tiempo que ha vivido un individuo, siendo clasificada en grupos para adecuada interpretación estadística.
2. Género: conjunto de pacientes que presentan características en común y que se diferencian según sean del el sexo masculino o femenino.
3. Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, separación o unión libre de un individuo.
4. Nivel de escolaridad: Estudios realizados por los individuos según sean de educación primaria, secundaria, universitaria o técnica, o bien individuos en condición de analfabetismo.
5. Lugar de residencia: zona donde habita el individuo.
6. Período de estabilidad afectiva: Espacio de tiempo que transcurre entre episodios afectivos que requieren hospitalización durante los 12 meses de investigación observacional.
7. Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional: relación existente entre el número de rehospitalizaciones en determinado período del año en cuestión y el total de rehospitalizaciones de la población en estudio.
8. Esquema de manejo farmacológico de mantenimiento: es aquel tratamiento utilizado para el manejo de la enfermedad una vez que se ha estabilizado el episodio afectivo agudo.

9. Cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento: porcentaje de pacientes de la población en estudio que fueron sometidos al esquema de manejo de mantenimiento según normas internacionales.
10. Uso de antipsicóticos: porcentaje de pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los antipsicóticos propuestos por guías internacionales.
11. Empleo de reguladores de estado de ánimo: porcentaje de pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los reguladores del ánimo propuestos por guías internacionales.
12. Utilización de antidepresivos: porcentaje de pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los antidepresivos propuestos por guías internacionales.

### 3.5.2 Relación de las variables.

**Cuadro 10** Relación entre las variables dependientes e independientes

<b>Variables Dependientes</b>	<b>Variables Independientes</b>
Período de estabilidad afectiva	Edad
Prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional	Géner
Esquema de manejo farmacológico de mantenimiento	Estado civil
Cumplimiento de esquema de manejo farmacológico de mantenimiento	Nivel de escolaridad
Uso local de antipsicóticos	Lugar de residencia
Empleo de reguladores del afecto	
Utilización de antidepresivos	

### **3.6 Proceso de operacionalización de las variables**

**Cuadro 11** Operacionalización de las variables e indicadores del Protocolo de Investigación

**Problema:** ¿Cuál es la caracterización de la población de pacientes bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007?

**Objetivos Generales:**

- A. Caracterizar la población portadora de enfermedad afectiva bipolar que fue reingresada en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007.
  
- B. Comparar la prescripción farmacológica de mantenimiento al egreso, utilizada en pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Nacional Psiquiátrico, quienes fueron reingresados en el año 2007, con los esquemas de manejo propuestos por las guías internacionales.

## Cuadro 12 Operacionalización de las Variables

Cuadro de Operacionalización de las Variables e Indicadores del Protocolo de Investigación					
Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuentes de Información
1. Definir la prevalencia de egreso en la población de estudio por grupo de edad, género, estado civil y lugar de residencia.	a.Edad	Tiempo que ha vivido un individuo, siendo clasificada en grupos para adecuado interpretación estadística	Definir grupos de edades en categorías de 10 años desde los 18 hasta los 78 años. Grupo de edad/población total	Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que conforman la población en estudio	Expedientes de Salud
	b.Género	Conjunto de pacientes que presentan características en común siendo estas el sexo masculino o femenino	Masculino/Femenino # masculinos/población total y # femeninas/población total		
	c.Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Solteros/población total, Unión libre/población total,		

			casados/población total, separados/población total, divorciados/población total y viudos/población total		
	d.Nivel de escolaridad	Grado académico obtenido por un individuo	Grupos en categorías que incluyen educación primaria, secundaria, universitaria, técnica y analfabetas.		
	e.Lugar de residencia	Zona donde habita el individuo	# de ptes por provincia/población total		
2. Identificar el período de	Período de estabilidad	Espacio de tiempo que transcurre entre	Espacio de tiempo entre un egreso y los	Análisis Documental de los Expedientes	Expedientes de Salud

estabilidad afectiva en los pacientes rehospitalizados con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007.	efectiva	episodios afectivos que requieren hospitalización durante los 12 meses de investigación observacional	subsiguientes mediante categorías mensuales.(<1 mes, 1-3 meses, 3-6 meses y >6meses)	de los pacientes que conforman la población en estudio	
3. Determinar la prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en el año 2007	Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional	Relación existente entre el número de rehospitalizaciones en determinado período del año en cuestión y el total de rehospitalizaciones de la población en estudio	Número de egresos en determinado período del año con relación al número de egresos totales	Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que conforman la población en estudio	Expedientes de Salud
4. Analizar el esquema de manejo	Esquema de manejo farmacológico	Es aquel tratamiento utilizado para el manejo de la	Análisis crítico de resultados	Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que	Expedientes de Salud

<p>farmacológico de mantenimiento en pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar que fueron rehospitalizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007, para contrastarlo con el esquema de manejo propuesto por las guías internacionales.</p>	<p>ico de mantenim ento</p>	<p>enfermedad una vez que se ha estabilizado el episodio afectivo agudo</p>		<p>conforman la población en estudio</p>	
<p>5. Determinar el cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según las guías</p>	<p>Cumplimie nto de esquema de manejo farmacológ ico de mantenimi</p>	<p>Establecer el porcentaje de pacientes de la población en estudio que fueron sometidos al esquema de manejo de</p>	<p>a.Número de pacientes que cumplen esquemas de manejo de acuerdo a guías internacionales con relación al número</p>	<p>Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que conforman la población en estudio</p>	<p>Expedientes de Salud</p>

internacionales en pacientes rehospitalizados con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en el año 2007	ento	mantenimiento según normas internacionales	total de la población.  b.Número de pacientes que no cumplen esquemas de manejo de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.		
6. Contrastar el uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de la población en estudio, con el propuesto por las guías internacionales	Uso de antipsicóticos	Establecer el porcentaje de pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los antipsicóticos propuestos por guías internacionales	a.Número de pacientes que usan antipsicóticos de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.  b.Número de pacientes que no usan antipsicóticos de acuerdo a guías internacionales con	Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que conforman la población en estudio	Expedientes de Salud

			relación al número total de la población.		
7. Comparar el empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento entre la población portadora de Trastorno Afectivo Bipolar rehospitalizada en el año 2007 y las indicaciones de mantenimiento de las guías internacionales	Empleo de reguladores del afecto	Establecer el porcentaje de pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los reguladores del ánimo propuestos por guías internacionales.	a.Número de pacientes que emplean reguladores del afecto de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.  b.Número de pacientes que no emplean reguladores del afecto de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.	Análisis Documental de los Expedientes de los pacientes que conforman la población en estudio	Expedientes de Salud
8. Describir la utilización de	Utilización de	Establecer el porcentaje de	a.Número de pacientes que	Análisis Documental de los Expedientes	Expedientes de Salud

<p>antidepresivos como terapia de mantenimiento en la enfermedad afectiva bipolar en pacientes rehospitalizados en el año 2007</p>	<p>antidepresivos</p>	<p>pacientes que recibieron un adecuado tratamiento con los antidepresivos propuestos por guías internacionales</p>	<p>utilizan antidepresivos de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.</p> <p>b.Número de pacientes que no utilizan antidepresivos de acuerdo a guías internacionales con relación al número total de la población.</p>	<p>de los pacientes que conforman la población en estudio</p>	
--	-----------------------	---	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

### **3.7 Selección de técnicas e instrumentos**

Se aplicaron plantillas de recolección de datos a la revisión de los expedientes de salud, las cuales fueron confeccionadas para recolectar la información de una manera más completa y lograr un adecuado alcance en la elaboración de la fuente primaria de investigación.

Se realizó un análisis documental de expedientes de salud de los pacientes seleccionados con criterio de inclusión de egreso en más de una ocasión durante el año 2007 en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

El análisis documental de las variables de investigación, fueron la prevalencia de egreso, el género, la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad, el lugar de residencia, el período de estabilidad afectiva y el patrón estacional de rehospitalización. También formó parte de este análisis, el cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar desarrollado en el hospital, en comparación con las guías internacionales, el uso adecuado de la medicación antipsicótica , así como el adecuado empleo de reguladores del estado de ánimo y la correcta utilización de antidepresivos en el tratamiento de mantenimiento.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó una selección basada en los siguientes criterios de inclusión:

1. Período de egreso del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2007.
2. Diagnóstico de egreso: Trastorno Afectivo Bipolar

Se procedió a realizar evaluación de los expedientes de salud y aplicación de plantillas y guías de recopilación de información elaboradas por el investigador en las que se obtuvieron los datos para análisis.

Los expedientes de salud que fueron revisados corresponden a los pertenecientes a aquellos individuos, quienes son los pacientes que se egresaron con el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en más de una ocasión, considerando ello como un reingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007.

### ***3.8 Plan de tabulación y análisis***

En la etapa exploratoria “Elaboración y aprobación del protocolo”, se analizaron los diferentes datos obtenidos con la necesidad de fundamentar el problema investigativo.

El diseño y la aplicación de técnicas instrumentales, se efectuó mediante la revisión de expedientes y evaluación de las notas médicas con indicación, siendo esto parte de la recopilación por la investigadora.

La documentación correspondiente se almacenó por parte de la investigadora con el mayor grado de confidencialidad y el rigor ético que caracteriza a la investigación médica. La información recopilada podrá ser revisada según disposición del Comité Local de Bioética en cualquier momento, previa solicitud formalizada, esto para brindar confiabilidad y validez interna y externa.

La etapa de recolección de la información se efectuó mediante la aplicación de plantillas de recopilación de datos, en la evaluación de expedientes y registros de datos estadísticos, además de la tabulación de los datos obtenidos del análisis documental.

Posterior a la recopilación de los datos, estos fueron procesados en una base de datos diseñada en EXCEL para el análisis posterior.

Se realizó la estimación de las prevalencias principales con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

Se calcularon frecuencias y proporciones para la descripción de las variables cualitativas y la determinación de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables de tipo cuantitativo.

La información se resumió en gráficos y cuadros. Todos los resultados fueron estimados por medio del software estadístico SPSS versión 13, definiendo como estadísticamente significativo un punto crítico de 0.05.

### **3.9 Resultados esperados /limitaciones**

#### **3.9.1 Resultados esperados**

1. Recolectar información suficiente para lograr establecer la caracterización de la población descrita según edad, género, estado civil, nivel de escolaridad y lugar de residencia.
2. Identificar el período de estabilidad afectiva y la prevalencia de rehospitalización según el patrón estacional durante el año en cuestión, para así poder determinar el comportamiento de la población.
3. Analizar el esquema de manejo farmacológico de mantenimiento de esta población, para contrastarlo con las guías internacionales terapéuticas y de este modo identificar posibles diferencias terapéuticas, que pudieran conllevar a la rehospitalización de los pacientes.
4. Comparar el uso de antipsicóticos, reguladores del afecto y antidepresivos en la terapéutica de mantenimiento local con las internacionales, para verificar su efectividad.

### **3.9.2 Limitaciones**

Las limitaciones documentadas en la realización del presente protocolo de investigación están relacionadas con el contenido de las fuentes de información.

1. Al ser un estudio retrospectivo, la información consignada en los expedientes de salud puede no estar completa.
2. Debido al formato de la recolección de datos utilizado en los expedientes de salud, se dejan por fuera del estudio otras variables sociodemográficas, como los son etnia y condición socioeconómica, debido a que la mayoría de las veces no se especifican con claridad.
3. No existe un grupo control para comparación de datos obtenidos.
4. Debido a la ausencia de un protocolo de manejo local para pacientes portadores de Trastorno Afectivo Bipolar no hay unificación de criterios en el tratamiento institucional.

## 4.0 Cronograma

N° DE FASE	FASE	CRONOGRAMA
I	Exploratoria "Elaboración y Aprobación del protocolo"	Agosto 2008 a Febrero 2009
II	Diseño y aplicación de técnicas instrumentales	Marzo a Mayo del 2009
III	Recolección de la información	Mayo a Julio del 2009
IV	Tabulación y análisis de la información	Julio a Setiembre del 2009
V	Elaboración de l informe final	Setiembre a Diciembre del 2009

Fuente: Elaboración propia

## **Capítulo IV**

### **Resultados, Análisis de Datos y Variables**

**Cuadro 13** Distribución porcentual del número de egresos en pacientes bipolares rehospitalizados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico

Egresos 2007	Frecuencia	Porcentaje I.C. 95%
2	54	83,1% (73,2 – 92,6)
3	4	6,2% (1,7 – 15,0)
4	4	6,2% (1,7 – 15,0)
5	2	3,1% (0,4 – 10,7)
6	0	0,0%
7	1	1,5% (0,04 – 8,3)
<b>Total</b>	65	100%

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

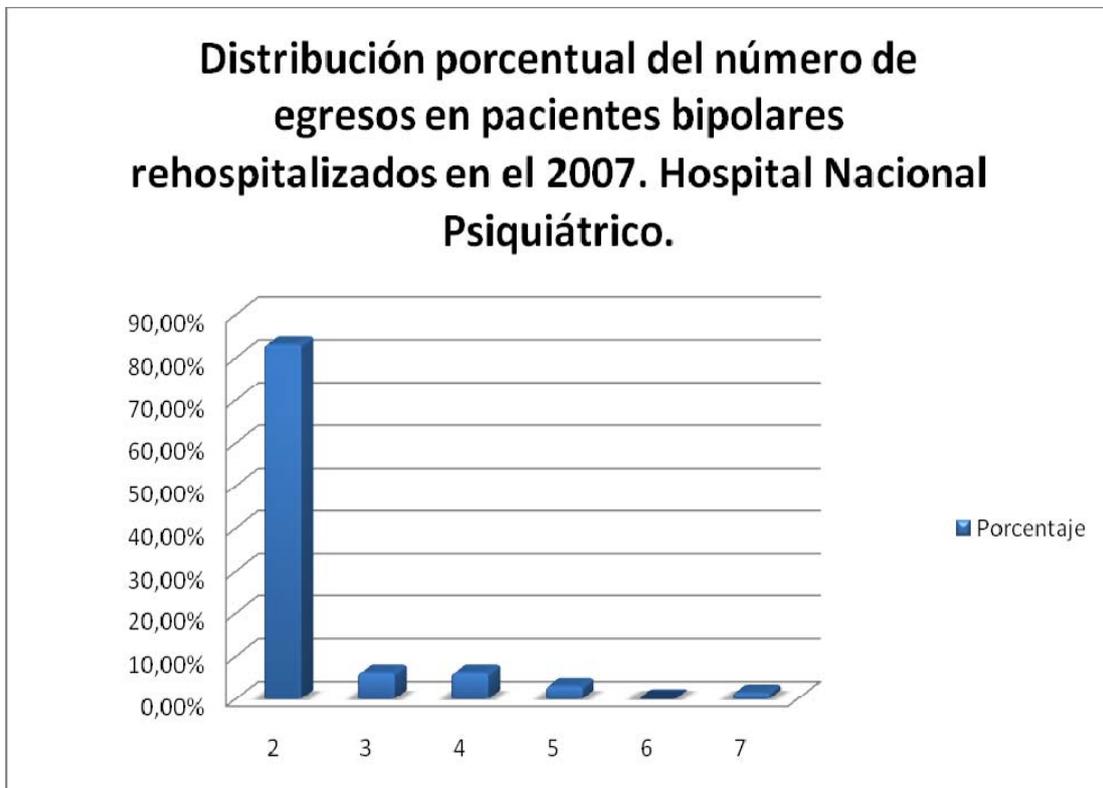
Al evaluar el número de pacientes bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007, se cuenta con una población de 65 individuos.

A lo largo del año 2007, de los 65 pacientes que reingresaron un 83.1 % presentó un total de 2 egresos, 6.2% 3 y 4 egresos respectivamente, 3.1% 5 egresos y únicamente 1.5% un total de 7 egresos. De esta manera se puede observar un comportamiento descendente en cuanto al número de pacientes reingresados a lo largo del año.

Según la literatura, se puede denominar como “paciente reincidente”, aquel individuo que es ingresado de manera repetida en un centro hospitalario y cuyo manejo tanto a nivel farmacológico como social implica una mayor dificultad (Lewis, 1990). Varios estudios afirman que una vez que un paciente es detectado como reincidente en sus admisiones, es necesario desarrollar intervenciones individualizadas para evitar su cronificación (Goodpasture, 1991; Haywood et al, 1995). Es importante recalcar que de la totalidad de la población, exclusivamente un 9.23% conformado por seis individuos, cuatro del género femenino y dos del masculino, forman parte del programa de rehabilitación del hospital, el cual se encuentra dirigido a aquellos

pacientes de difícil manejo quienes mediante esta intervención reciben un seguimiento mucho más individualizado tanto a nivel farmacológico como a nivel psicosocial.

**Gráfico 1** Distribución porcentual del número de egresos en pacientes bipolares rehospitalizados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 14** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según grupo de edad. Hospital Nacional Psiquiátrico

<b>Grupos edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
17	2	3,1%
20 – 29	13	20,0%
30 – 39	12	18,5%
40 – 49	10	15,4%
50 – 59	16	24,6%
60 – 69	9	13,8%
70 – 77	3	4,6%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Al analizar esta población según la edad, se encuentra que el grupo con mayor número de reingresos fue aquel que se encuentra entre 50 y 59 años, quienes representan un 24.6%, seguidos por quienes tienen edades entre 20 y 29 años, con un 20.0%; de 30 a 39 años con un 18.5%, de 40 a 49 años con un 15.4%, de 60 a 69 años con un 13.8%, de 70 a 77 con un 4.6% y un 3.1% en aquellos con 17 años.

Sin embargo al comparar la edad de los pacientes con el número de reingresos, no se observa diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0.87$ ).

**Cuadro 15** Comparación entre edad y número de reingresos en pacientes bipolares en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico

Número reingresos	Número pacientes	Edad			
		Edad Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
2	54	43,1	16,1	17	77
3	4	51,8	14,0	31	61
4	4	42,5	16,8	24	60
5	2	44,0	18,4	31	57
7	1	38,0	.	38	38
Total	65	43,5	15,8	17	77

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

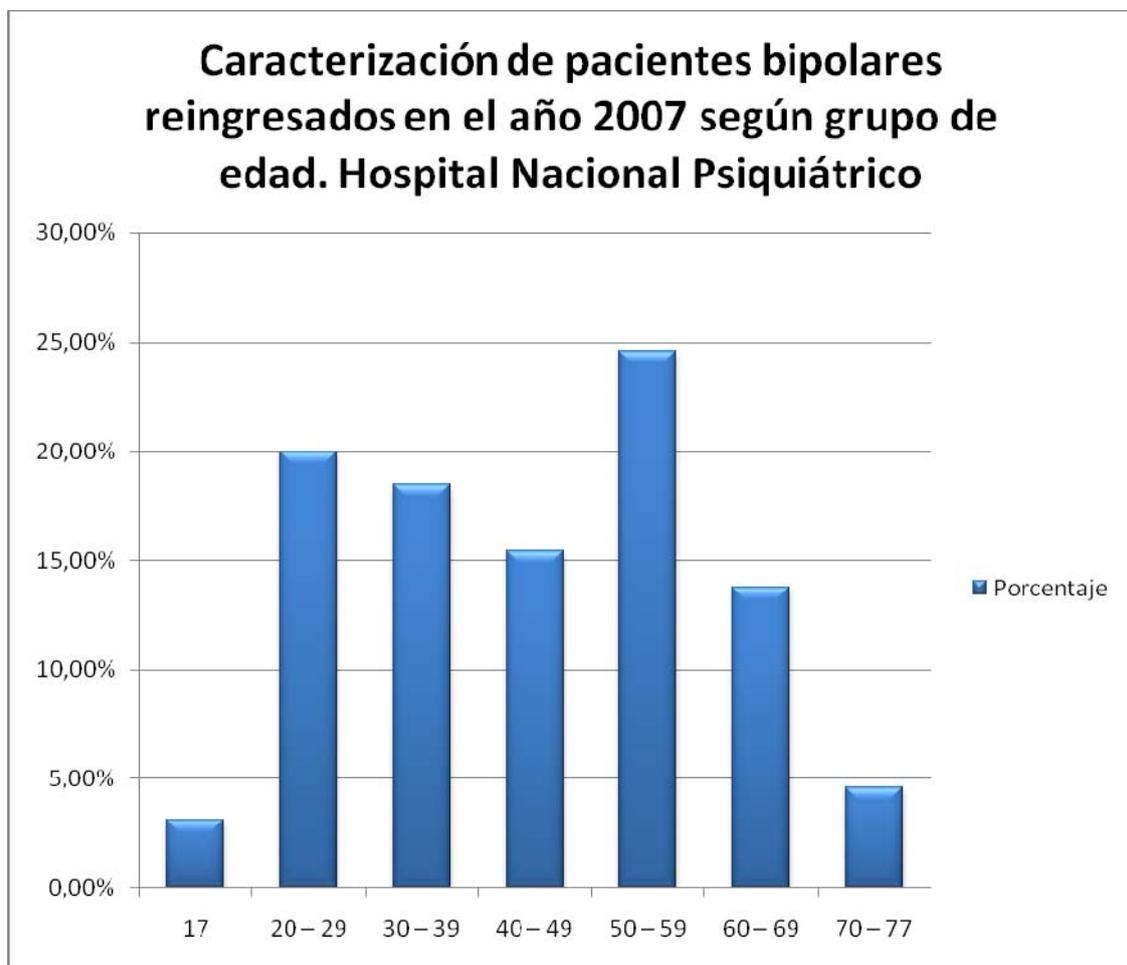
Según la literatura aquellos pacientes que forman parte del grupo de individuos que se encuentran entre los 15 y 35 años presentan mayor tendencia al reingreso hospitalario que aquellos con una edad entre los 50 y 70 años. Esto se puede explicar debido a que individuos de menor edad son diagnosticados de manera más temprana por lo que presentan un mayor porcentaje de abandono de la medicación y por ende un mayor número de reingresos. (Lewis, 1990)

En el presente estudio, véase gráfico 2, la población menor de 40 años representa un 41.6% del total de los individuos, mientras que el 58.4% de los pacientes se encuentran entre los 40 y los 77 años, contrariamente a lo documentado en otros estudios de que en estas edades el porcentaje de readmisiones es menor.

Este fenómeno puede ser explicado por la dificultad en la realización del diagnóstico de la enfermedad afectiva bipolar. Según las fuentes bibliográficas revisadas se menciona que entre las primeras apariciones de los síntomas y el diagnóstico definitivo de la enfermedad puede transcurrir hasta un período de 20 años. Existe un porcentaje de 35 a 45% de los pacientes bipolares que son diagnosticados de

manera errónea bajo entidades clínicas como episodios depresivos recurrentes, trastornos de personalidad y trastornos ansiosos (Blackmore et al, 2006).

**Gráfico 2** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según grupo de edad. Hospital Nacional Psiquiátrico



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 16** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según género. Hospital Nacional Psiquiátrico.

Género	Frecuencia	Porcentaje I.C. 95%
Femenino	38	58,5% (45.7 – 71.2)
Masculino	27	41,5% (28.8 – 54.3)
<b>Total</b>	65	100%

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

No se encontró diferencia por género en la prevalencia de reingresos, siendo esta de 58.5% en el género femenino y 41.5% en el masculino ( $p=0.08$ ). Según se muestra en el cuadro 17, tampoco el número de reingresos mostró diferencias por género, siendo los promedios de 2.37 y 2.33 en mujeres y hombres respectivamente, muy similares ( $p=0,88$ ).

**Cuadro 17** Diferencias por género según número de reingresos en pacientes bipolares en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.

Género	Reingresos		
	Número pacientes	Promedio	Desviación estándar
Femenino	38	2,37	0,79
Masculino	27	2,33	1,11

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Los resultados obtenidos corresponden con lo revisado en la literatura. Según varios estudios en cuanto género en el trastorno bipolar, se ha encontrado la misma prevalencia de esta patología entre hombres y mujeres, presentándose desigualdad en cuanto a las manifestaciones clínicas de la enfermedad; por ejemplo en mujeres existe una mayor prevalencia de episodios depresivos, mixtos y ciclaje rápido (Arnold, 2003; Robert et al, 2005).

Existen factores que pueden afectar la práctica clínica al realizar el diagnóstico de patología afectiva y se asocian principalmente con dos variables. Una de estas variables es que se ha demostrado que las diferencias en cuanto a género se encuentran relacionadas en su mayoría con errores del entrevistador en el momento de valorar al paciente, específicamente en cuanto a los procesos de selección y definición del diagnóstico, sugiriéndose una tendencia a sobrevalorar los síntomas afectivos en la población femenina. Por otra parte, se ha constatado una preferencia por parte de la población masculina a ser más reservada en cuanto a la expresión de esta clase de síntomas. (Saddock et al, 2005; Schaffer et al, 2006)

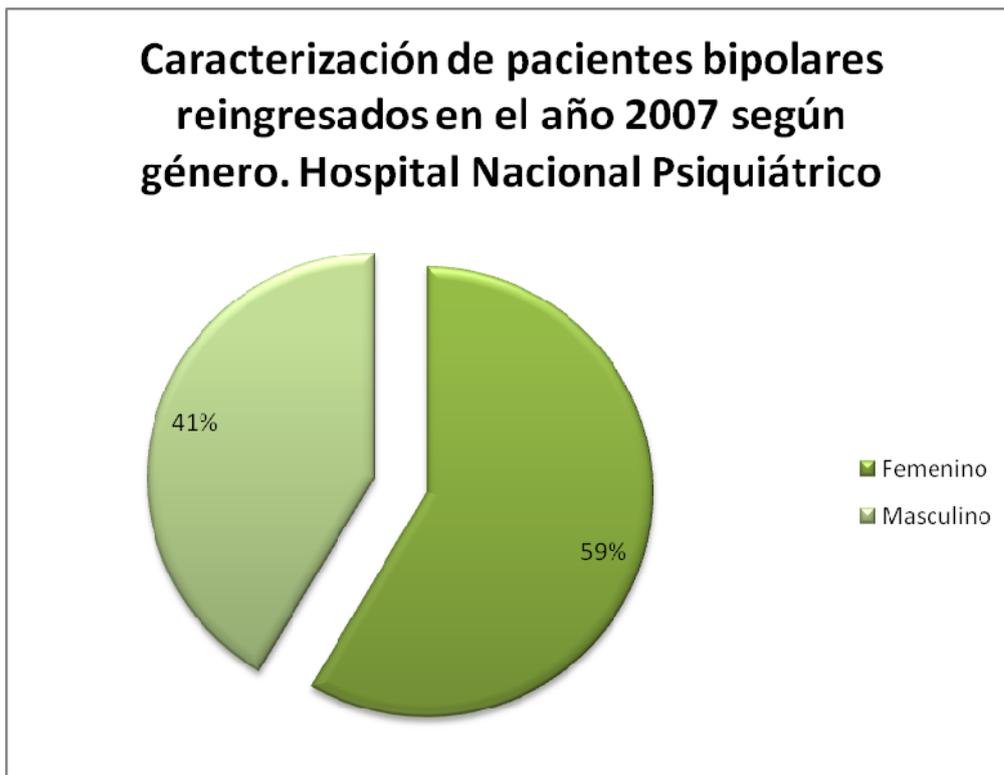
Además de esto se habla de todo un proceso psicosocial de fondo, donde se propone la hipótesis de que estas diferencias subjetivas en cuanto a la valoración clínica de los pacientes son basadas en un trasfondo cultural, que muchas veces limita la pericia de los clínicos al realizar las evaluaciones (Millon, 1999).

En la literatura se han reportado diferencias biológicas entre mujeres y hombres portadores de trastorno afectivo bipolar las cuales se deben principalmente a factores hormonales. Existe evidencia que reporta que la influencia de los estrógenos, progesterona y otros componentes del eje hormonal hipotálamo-hipófisis-ovárico, tiene efectos en cuanto a las diferencias en vulnerabilidad afectiva entre géneros, lo cual afecta directamente al estado del ánimo. Normalmente el género femenino presenta niveles de base aumentados de hormona tiroidea y tendencia hacia la disfunción glandular de esta hormona, lo que correlaciona clínicamente con la mayor tendencia a presentar ciclaje rápido en las mujeres, mayor respuesta a la terapia con hormona tiroidea y un elevado riesgo de episodios afectivos posparto (Toren et al, 1996). Los estrógenos presentan actividad pro-5HT, lo que podría explicar las fluctuaciones de ánimo a lo largo del ciclo menstrual y la presencia de trastornos afectivos de mayor severidad en el período posparto y la menopausia. Se ha evidenciado un mayor número de episodios recurrentes así como sintomatología de mayor complejidad en el género femenino asociado con esta fluctuación a nivel hormonal, lo que podría ser explicado por una mayor respuesta ante el stress

influenciado por estos factores previamente mencionados y que aumenta la susceptibilidad ante la depresión y ansiedad (Seeman M, 1997; Yonkers et al, 2004)

En síntesis, se puede decir que a pesar de que existe la tendencia a realizar el diagnóstico de patología afectiva de manera más frecuente en la población femenina, posiblemente asociado con aspectos hormonales y culturales, en la población en estudio dicha diferencia fue muy poco significativa, concordando con los datos expuestos a nivel teórico. No se cuantificaron diferencias diagnósticas en cuanto a género.

**Gráfico 3** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según género. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 18** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según estado civil. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltero	29	44,6%
Unión Libre	5	7,7%
Casado	15	23,1%
Separado	4	6,2%
Divorciado	9	13,8%
Viudo	3	4,6%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Con respecto al estado civil, se obtuvo un total de 44.6% pacientes solteros, el 23.1% casados, el 13.8% divorciados, el 7.7% en unión libre, el 6.2% separados y el 4.6% viudos, lo que en síntesis indica que el porcentaje global de pacientes con pareja es de 30.8% en contraste con un 69.2% de pacientes que no la tienen, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (0,00001).

Para la población estudiada, el dato coincide con la literatura consultada respecto de aquellos pacientes con patología mental de difícil manejo, quienes presentan múltiples ingresos en centros hospitalarios, en cuanto a que se pueden caracterizar por inestabilidad en sus relaciones de pareja, reportándose un mayor índice de individuos solteros, divorciados o separados (Kessler et al, 1998).

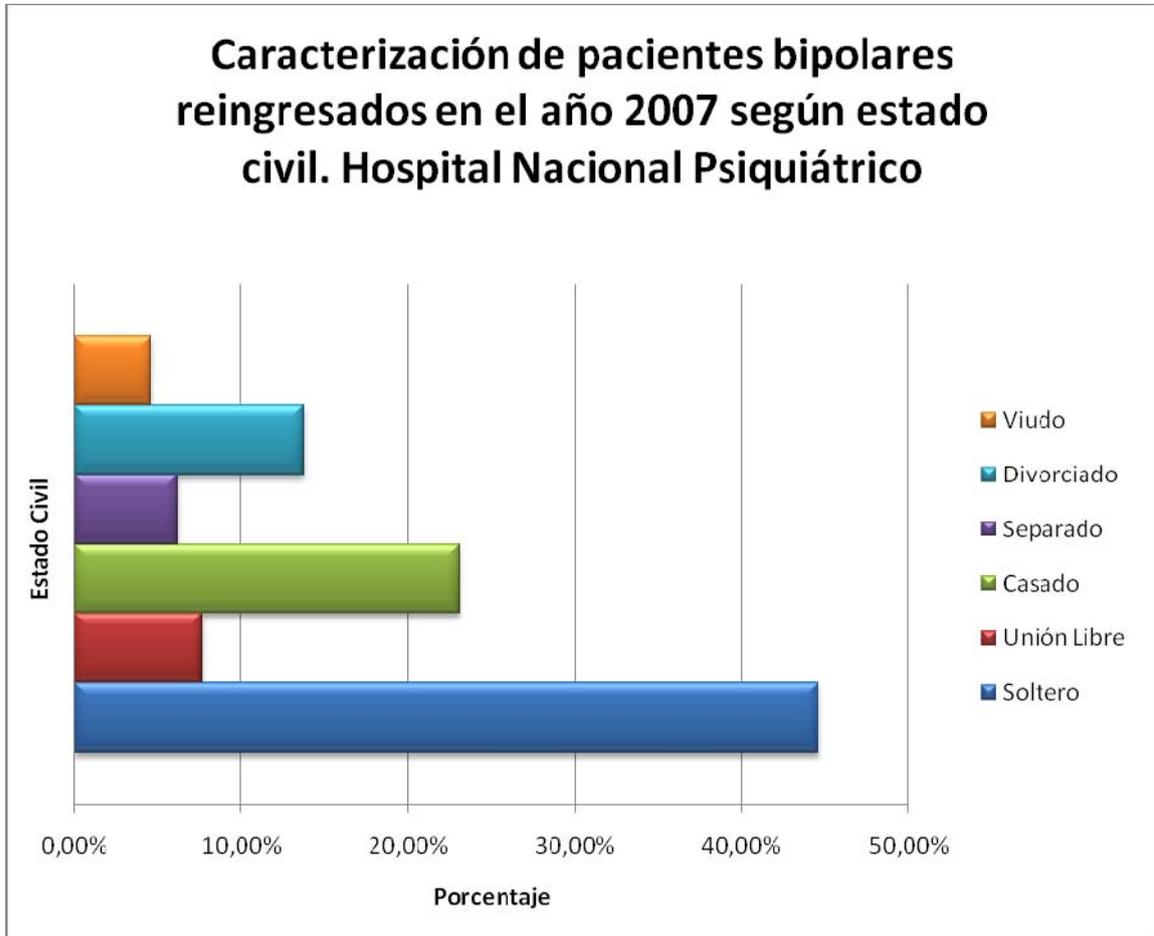
Es importante recalcar que según estudios realizados en pacientes portadores de patología afectiva, al correlacionar los factores demográficos con el número de rehospitalizaciones, el comportamiento no ha sido lineal, lo que significa que no existe una relación directa entre ambas variables; sin embargo, sí se puede afirmar

que el estado civil se relaciona de forma directa con otras variables sociodemográficas como edad y género. Se ha reportado que la mayoría de individuos solteros presentan una menor edad y pertenecen al género masculino (Haywood et al, 1995).

En el caso de la presente investigación, la población masculina conforma el 58.6% de los pacientes solteros, mientras que la población femenina es más frecuente entre los separados, viudos y divorciados. Entre el censo de pacientes solteros un 5.8% tenía 17 años y un 23.5% se encontraba entre los grupos de edad de 20 a 29 años y 30 a 39 años respectivamente, para un total de 52.8% de pacientes menores de 40 años que reingresaron al Hospital Nacional Psiquiátrico.

El comportamiento de la población en estudio para la variable del estado civil sería entonces similar a aquel reportado en la literatura, demostrándose un predominio de individuos sin relaciones de pareja estable, en su mayoría menores de 40 años y pertenecientes a la población masculina.

**Gráfico 4** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según estado civil. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 19** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según nivel de escolaridad. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria Completa	11	16,9%
Primaria incompleta	7	10,8%
Secundaria Completa	3	4,6%
Secundaria Incompleta	20	30,8%
Universitario Completo	7	10,8%
Universitario Incompleto	9	13,8%
Técnico	5	7,7%
Analfabeta	3	4,6%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

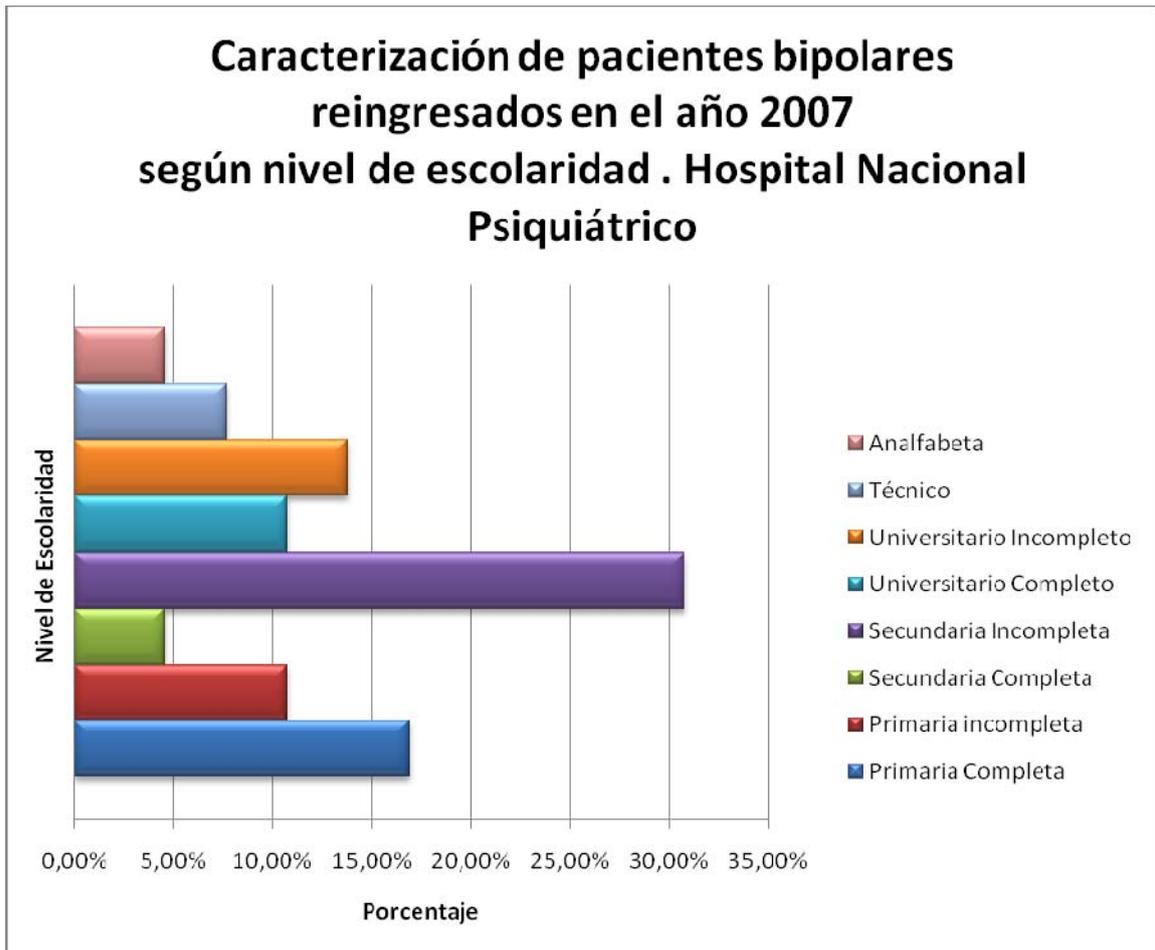
Al tomar en cuenta el nivel de escolaridad en los pacientes evaluados, un 30.8% tenían estudios secundarios incompletos, un 16.9% lograron finalizar estudios en primaria, un 13.8% un nivel universitario incompleto, un 10.8% con estudios primarios incompletos y un 10.8% con nivel universitario completo, 7.7% con estudios técnicos, un 4.6% completaron estudios secundarios e igual porcentaje, 4,6%, eran analfabetas.

Según el Decimocuarto Informe Estado de la Nación para el año 2007, el 93% de la población adulta en condiciones de pobreza tiene nivel educativo inferior a secundaria completa. En el caso de la población en estudio, el 63.1% de los pacientes bipolares poseen un nivel de escolaridad menor al de secundaria completa versus un 32.3% que tienen alguna clase de estudios universitarios o técnicos, lo que estaría predisponiendo a esta población a enfrentarse con estresores psicosociales importantes.

Datos epidemiológicos recientes han demostrado una distribución equitativa del trastorno afectivo bipolar entre clases sociales y los distintos niveles educativos. A lo largo del siglo pasado se mantenía la creencia de que la enfermedad bipolar era más prevalente entre las clases sociales de mayor poder económico; sin embargo, esto estaba relacionado con el mejor acceso a servicios de salud y la brecha en cuanto a atención médica entre clases sociales. Nuevos estudios en cuanto a la relación de esta patología con los niveles educativos han fallado en demostrar una relación directa entre la presencia del diagnóstico y una menor escolaridad. No queda claro sin embargo, la relación entre la presencia del trastorno y un menor nivel socioeconómico, debido a que este factor social puede ser una consecuencia de la enfermedad o un desencadenante de esta. Se ha documentado una teoría que explica que sí existe alguna diferencia en cuanto al nivel educativo de los pacientes bipolares como consecuencia directa de un mejor nivel socioeconómico de sus familiares. La cronificación de los pacientes bipolares puede contribuir al deterioro de sus capacidades cognitivas, lo que tendría como consecuencia el menoscabo en sus habilidades funcionales y el consecuente detrimento en sus condiciones de vida y su desempeño funcional global (Goodwin, 2007).

En nuestro caso, no existe correlación entre el nivel de escolaridad de la población en estudio y el número de reingresos que presentan, lo que se muestra en concordancia con la literatura.

**Gráfico 5** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según nivel de escolaridad. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 20** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según lugar de residencia. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Residencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Central Alajuela	10	15,4%
Central San José	7	10,8%
Pérez Zeledón	5	7,7%
Desamparados	4	6,2%
Central Puntarenas	4	6,2%
Indigencia	3	4,6%
Moravia	2	3,1%
Tibás	2	3,1%
San Carlos	2	3,1%
San Ramón	2	3,1%
Liberia Guanacaste	2	3,1%
Pococí	2	3,1%
Vásquez de Coronado	1	1,5%
Aserrí	1	1,5%
Montes de Oca	1	1,5%
Grecia	1	1,5%
Naranjo	1	1,5%
Orotina	1	1,5%
Upala	1	1,5%
Atenas	1	1,5%
La Unión Cartago	1	1,5%
Central Heredia	1	1,5%
San Pablo	1	1,5%
Santa Bárbara	1	1,5%
Cañas	1	1,5%
Abangares	1	1,5%
Aguirre	1	1,5%
Montes de Oro	1	1,5%
Osa	1	1,5%
Central Limón	1	1,5%
Siquirres	1	1,5%
Guácimo	1	1,5%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Al caracterizar la población según su lugar de residencia, un 15.4% de los pacientes provienen del cantón Central de Alajuela, un 10.8% del Cantón Central de San José, un 7.7% de Pérez Zeledón, un 6.2% de Desamparados y el Cantón Central de Puntarenas, un 4.6% viven en la indigencia, un 3.1% provienen de Tibás y zonas rurales y un 30% quienes proceden de otros cantones tanto rurales como urbanos.

Las provincias con mayor número de pacientes son San José con un 35.4%, Alajuela con un 29.1%, Puntarenas con un 10.7%. Aquellas con menor número de pacientes son Limón con un 7.6%, Guanacaste con un 6.1%, Heredia un 4.5% y Cartago con 1.5%.

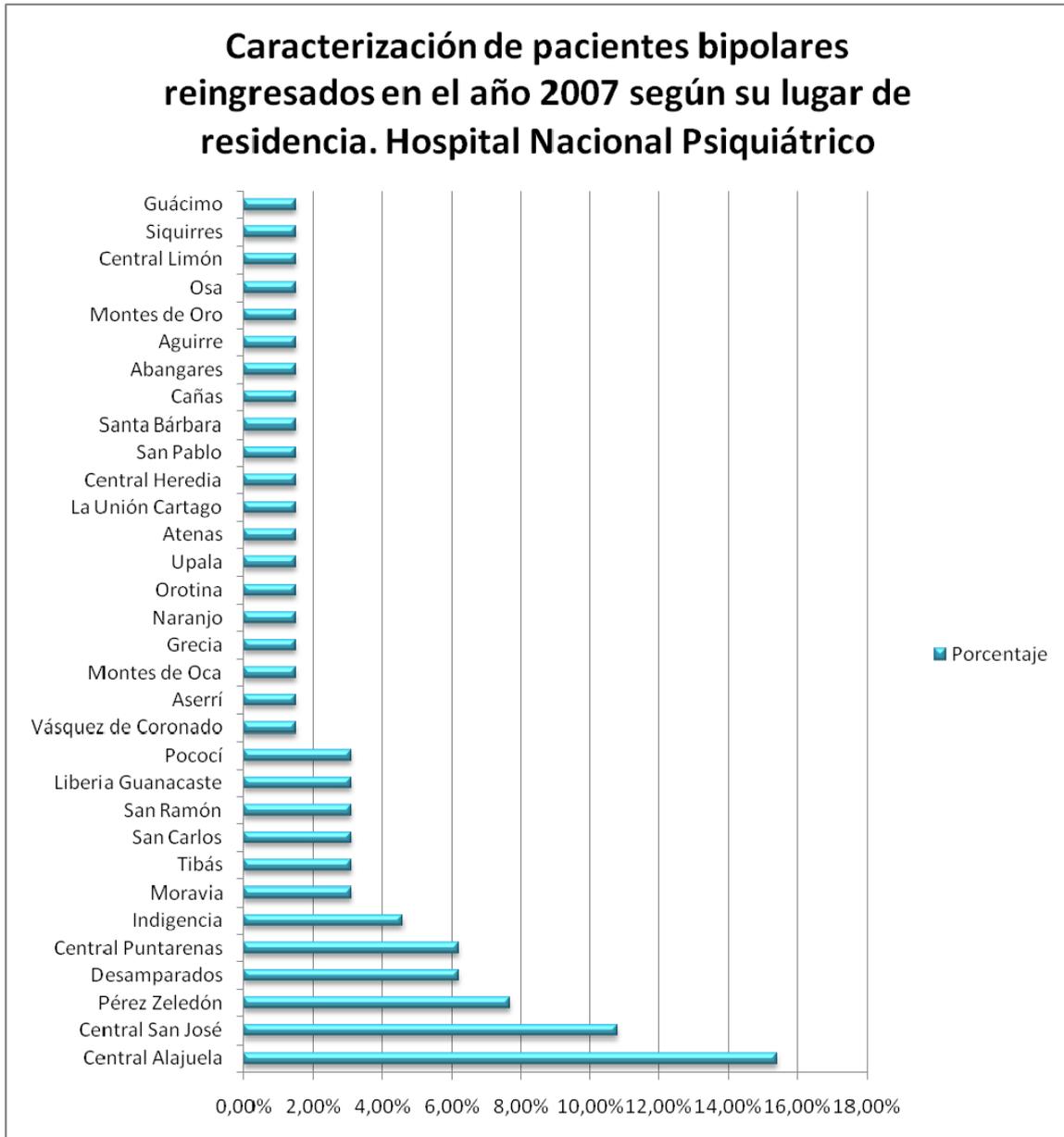
El 52.1% de la población proviene de cantones ubicados en el área metropolitana, mientras que el 47.9% de los individuos son oriundos de regiones rurales; el predominio de las áreas urbanas con respecto a las rurales coincide con lo encontrado en la literatura revisada.

La mayoría de estudios realizados en sociedades occidentales reportan que en áreas urbanas existe una mayor prevalencia de trastornos afectivos. Esta diferencia a nivel urbano-rural, es consistente inclusive después de controlar otras variables sociodemográficas como lo son el estado civil y el nivel socioeconómico. Aquellos individuos que viven en áreas rurales presentan un 40% menos de probabilidades a lo largo de un año de desarrollar enfermedades mentales. Existe evidencia de un mayor nivel de estresores psicosociales y de condiciones urbano marginales relacionadas con las condiciones de vida de los pacientes en estas áreas (Judd, 2003).

Según datos aportados por el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica en el reporte de estadísticas sectoriales para el año 2007, el índice de

pobreza para la región Central de Costa Rica es de un 13.7%. Llama la atención como esta zona a nivel histórico muestra una menor cantidad de hogares pobres con respecto de las otras. La región que presenta el mayor índice de pobreza es la Chorotega, con un 25.1% de hogares que son clasificados como pobres. Sin embargo, al caracterizar la población en estudio, la región Chorotega representa únicamente el 6.1 %, frente a un 70.5% perteneciente a la región Central (Mideplan, 2007). A pesar de que en la región Chorotega estadísticamente existe un mayor número de individuos que conviven en condiciones de marginalidad y pobreza, aquellas personas que habitan en las regiones Centrales del país presentan niveles de pobreza extremos; lo que podría explicar de manera hipotética una mayor influencia de estresores psicosociales en áreas urbanas, que afectan a la población portadora de trastornos afectivos que inciden directamente en sus descompensaciones.

**Gráfico 6** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según lugar de residencia. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 21** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según período de estabilidad afectiva. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Estabilidad Afectiva</b>	<b>Egreso 1-2</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 1 mes	16	24,6%
1 a 3 meses	18	27,6%
3 a 6 meses	17	26,1%
Mayor de 6 meses	14	21,1%

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

El comportamiento en cuanto a los períodos de estabilidad afectiva entre egresos fue variable. Entre el primer y segundo egreso, la mayoría de los pacientes mostraron un período de estabilidad afectiva de 1 a 3 meses, que representó un 27.6%. El período de 3 a 6 meses mostró un 26.1% seguido por aquel intervalo de tiempo menor a un mes con un 24.6%. El período que obtuvo menor porcentaje fue el mayor de 6 meses con un 21.1%.

Entre el segundo y tercer egresos, al disminuir el número de pacientes contabilizados se presenta un comportamiento inestable. Un 45.5% presentó un período de estabilidad afectiva de 1 a 3 meses. El 36.3% mostró un período estable menor a un mes y finalmente un 18.2% permaneció en condición de egresado de 3 a 6 meses.

Entre el tercer y cuarto egresos se consignaron un total de 7 pacientes distribuidos de la siguiente manera: 4 pacientes, quienes corresponden al 57.2% presentaron un período de estabilidad afectiva menor de un mes y en el 42.9% restante, que corresponde a 3 pacientes, dicho período fue de de 1 a 3 meses.

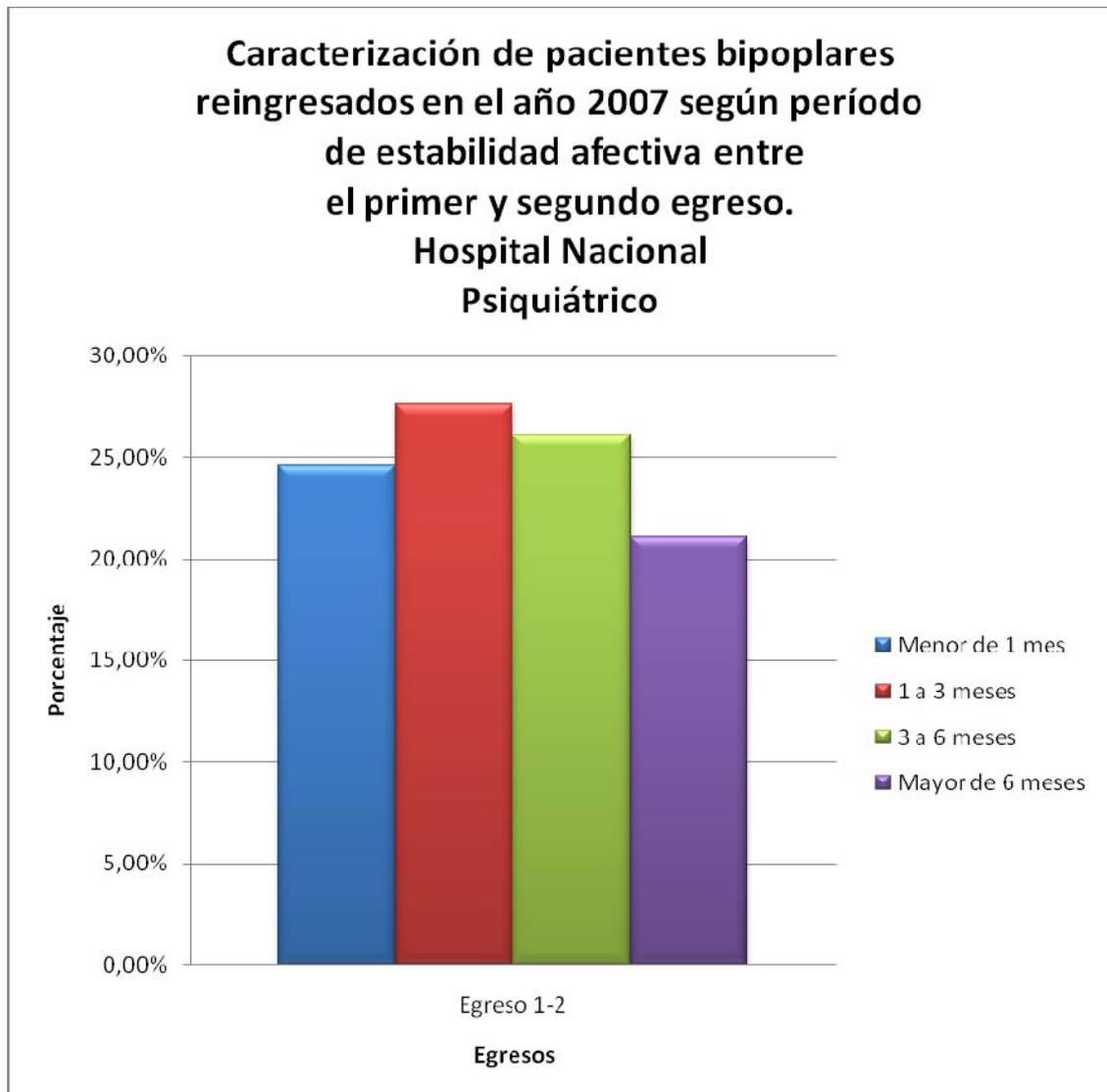
Para los 3 pacientes anotados con un quinto egreso, en uno de los casos el período de estabilidad fue menor a 1 mes y para los otros 2 restantes fue de 1 a 3 meses.

El único paciente que contabilizó un sexto y séptimo egresos mantuvo un período de estabilidad menor a 1 mes en ambos casos.

Aquellos pacientes que presentan un período de estabilidad afectiva menor a 1 año poseen un mayor riesgo de presentar un patrón reincidente de readmisiones consecutivas a lo largo de sus vidas. Cuanto más corto sea el intervalo entre admisiones existe mayor probabilidad de continuar con un patrón de reingresos consecutivos en un menor intervalo de tiempo (Gastal et al, 2000).

Se ha documentado una relación directamente proporcional entre el abandono de medicación y el número de reingresos que presentan los pacientes, por lo que los programas de intervención deben prestar atención especial en aquellos individuos portadores de trastornos mentales crónicos de difícil manejo . Además, es importante incluir el tema de la adherencia medicamentosa como parte de las intervenciones preventivas como la psicoeducación, todo ello con miras a tratar de romper el círculo vicioso de la rehospitalización constante en estos pacientes de difícil manejo (Haywood et al, 1995).

**Gráfico 7** Caracterización de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 según período de estabilidad afectiva. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 22** Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional de pacientes bipolares reingresados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.

Mes de Egreso	Egreso 1		Egreso 2		Egreso 3	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Enero	9	13,8%	1	1,5%	----	----
Febrero	5	7,7%	----	----	----	----
Marzo	7	10,8%	3	4,6%	----	----
Abril	8	12,3%	3	4,6%	1	9,1%
Mayo	6	9,2%	4	6,2%	----	----
Junio	7	10,8%	5	7,7%	1	9,1%
Julio	4	6,2%	3	4,6%	4	36,4%
Agosto	7	10,8%	7	10,8%	1	9,1%
Setiembre	7	10,8%	7	10,8%	----	----
Octubre	3	4,6%	10	15,4%	3	27,3%
Noviembre	2	3,1%	9	13,8%	1	9,1%
Diciembre	----	----	13	20%	----	----

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Durante el primer egreso, los meses de mayor frecuencia fueron enero y abril, mostrando un 13.8% y un 12.3% respectivamente, presentándose un declive en el número de egresos hacia el final del año. Es durante el primer cuatrimestre del año 2007, donde en este primer grupo de egresos se consigna un 44.6% de salidas hospitalarias en pacientes bipolares.

En contraste, a la mayoría de pacientes en el segundo egreso se le firmó la salida durante los meses de diciembre en un 20% y octubre en un 15.4%. Se reporta entonces un 60% de egresos en el último cuatrimestre del año, lo que puede ser explicado por un mayor período de estabilidad afectiva mostrado por aquellos pacientes que presentaron únicamente 2 reingresos y que son la mayoría de la población del estudio.

Por otra parte, el tercer egreso de esta población se caracterizó por un patrón mucho menos lineal, esto debido al menor número de pacientes, observándose un aumento en la frecuencia de egresos durante los meses de julio con un 36.4% y octubre con un 27.3%, pero sin poder establecer un patrón de comportamiento estable.

Siete pacientes presentaron un cuarto egreso, 2 durante los meses de setiembre y noviembre respectivamente y un paciente en los meses de mayo, julio y agosto.

Tres pacientes presentaron un quinto ingreso, cada uno durante los meses de julio, octubre y noviembre.

Únicamente un paciente presentó un sexto y séptimo ingresos, que se dieron en los meses de noviembre y diciembre.

De manera individual, los pacientes portadores de patología bipolar muestran un comportamiento irregular en cuanto al patrón estacional de su sintomatología, sin embargo existen datos que confirman el predominio de episodios depresivos en el invierno y de episodios maníacos en el verano. Aproximadamente entre un 20% y un 25% de los pacientes bipolares muestran un patrón estacional en sus episodios afectivos, datos que se pueden asociar a una mayor prevalencia de trastorno afectivo bipolar tipo II y un componente predominantemente depresivo. Sin embargo no existe correlación alguna entre la presencia de un patrón estacional en particular y la severidad de la sintomatología, número de hospitalizaciones o nivel de funcionalidad (Blackmore, 2006).

Costa Rica es un país tropical ubicado en el hemisferio norte, con geografía compleja que origina variadas condiciones climáticas. Según datos del Instituto Meteorológico Nacional, si bien en el país no hay estaciones climáticas definidas y el clima de cada región se mantiene relativamente estable durante todo el año, se presentan ligeros cambios según sea época seca o lluviosa.

Al correlacionar el comportamiento de la población en estudio con las estaciones climáticas que se documentan en el país, se puede observar una mayor prevalencia de reingresos en la temporada seca, que comprende los meses de diciembre a abril inclusive.

**Gráfico 8** Prevalencia de rehospitalización según patrón estacional de pacientes bipolares reingresados en el año 2007. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 23** Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Antipsicótico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Haloperidol	12	25,5%
Haloperidol y Clorpromacina	2	4.3%
Haloperidol y Decanoato de Flufenazina	2	2,1%
Haloperidol y Levomepromazina	1	2,1%
Quetiapina	1	2,1%
Tiotixeno	2	4,3%
Olanzapina	4	8,5%
Trifluoperazina	2	4,3%
Clorpromacina	13	27,7%
Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina	1	2,1%
Perfenazina	5	10,6%
Perfenazina y Levomepromazina	1	2,1%
Risperidona	1	2,1%
Levomepromazina	1	2,1%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Como parte del esquema farmacológico de mantenimiento, al 27.7% de los pacientes se le prescribió Clorpromacina como el antipsicótico de elección, seguido por Haloperidol con un 25.5%, Perfenazina con un 10.6%, Olanzapina con 8.5%, la combinación de Clorpromacina y Haloperidol, Tiotixeno y Trifluoperazina con un 4.3% respectivamente; Quetiapina, Risperidona y Levomepromazina con un porcentaje de utilización de 2.1% cada una y finalmente los esquemas de combinación como

Haloperidol y Decanoato de Flufenazina, Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina y Perfenazina y Levomepromacina, que obtuvieron un 2.1% de uso.

Según la literatura revisada, existe evidencia encontrada en cuanto al uso concomitante de antipsicóticos en el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar. En la práctica clínica estadounidense, el uso de esta medicación se reserva como tratamiento adyuvante primariamente en pacientes con sintomatología psicótica, agitación y por su efecto sedante en episodios agudos, siendo finalmente suspendidos al alcanzarse la remisión de los síntomas, especialmente en el caso de los antipsicóticos típicos (Frances et al, 1998). Sin embargo, al revisar guías de manejo farmacológico europeas y canadienses, se promueve el uso de antipsicóticos como agentes de primera línea en el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar, lo que puede ser explicado por su utilidad en pacientes de difícil manejo (Licht, 1998).

El uso de antipsicóticos comúnmente conocidos como típicos, o de primera generación, ha sido importante en el tratamiento de la enfermedad afectiva bipolar, especialmente en aquellos países donde se dan revisiones de la práctica clínica de forma sistemática. Se puede mencionar que Haloperidol, Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina, son aquellos neurolépticos de primera generación cuyo uso en el trastorno afectivo bipolar se encuentra respaldado por evidencia clínica (Cookson, 2001).

En cuanto a la utilización de perfenazina como antipsicótico en el esquema de mantenimiento de esta patología existe controversia. Este medicamento se usó en un 10.6% de los pacientes en estudio. Según las guías internacionales de la Asociación Británica de Psicofarmacología y las guías de la Red Canadiense para el tratamiento de Trastornos del Afecto y la Ansiedad (CANMAT), su uso se ha asociado con una elevada incidencia de episodios depresivos, por lo que entre sus recomendaciones aconsejan evitar que este fármaco forme parte del esquema de mantenimiento de pacientes portadores de enfermedad bipolar. Zarate y Tohen en el 2004, reportan

tasas elevadas de disforia y sintomatología depresiva en pacientes en remisión posterior a un episodio maniaco donde la perfenazina formaba parte del tratamiento a largo plazo, lo que puede ser explicado de manera hipotética debido a los efectos secundarios de los neurolépticos típicos. Diversos autores recomiendan su uso con precaución, debido a que es posible que las reacciones adversas se puedan deber a la utilización de dosis terapéuticas elevadas, pero no existen datos que comprueben la obtención de algún beneficio clínico al continuar con esta opción terapéutica en la etapa de remisión posterior a la manía (Keck et al, 1996). No existe evidencia clínica reciente que respalde el uso de Tiotixeno, Trifluoperazina y Levomepromacina como parte del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento en esta patología, los cuales sí fueron empleados en combinación Haloperidol, Tiotixeno y Trifluoperazina en un 4.3% en los pacientes en estudio.

Por otra parte, la utilización de antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, ha venido en aumento en los últimos tiempos. Su mecanismo de acción ha sido comprobado efectivo en mejorar aquella sintomatología no psicótica en la manía y prevenir su recurrencia con menor incidencia de efectos secundarios, teniendo como efecto adverso de mayor relevancia el síndrome metabólico (Stahl, 2008). Específicamente, se recomienda el uso de Olanzapina, Risperidona y Quetiapina como monoterapia o en combinación con reguladores del estado de ánimo, asociándose con evidencia clínica suficiente para afirmar la reducción del riesgo de recaída tanto en episodios maniacales como depresivos (Fountoulakis et al, 2005; Beynon et al, 2009; Goodwin et al, 2009).

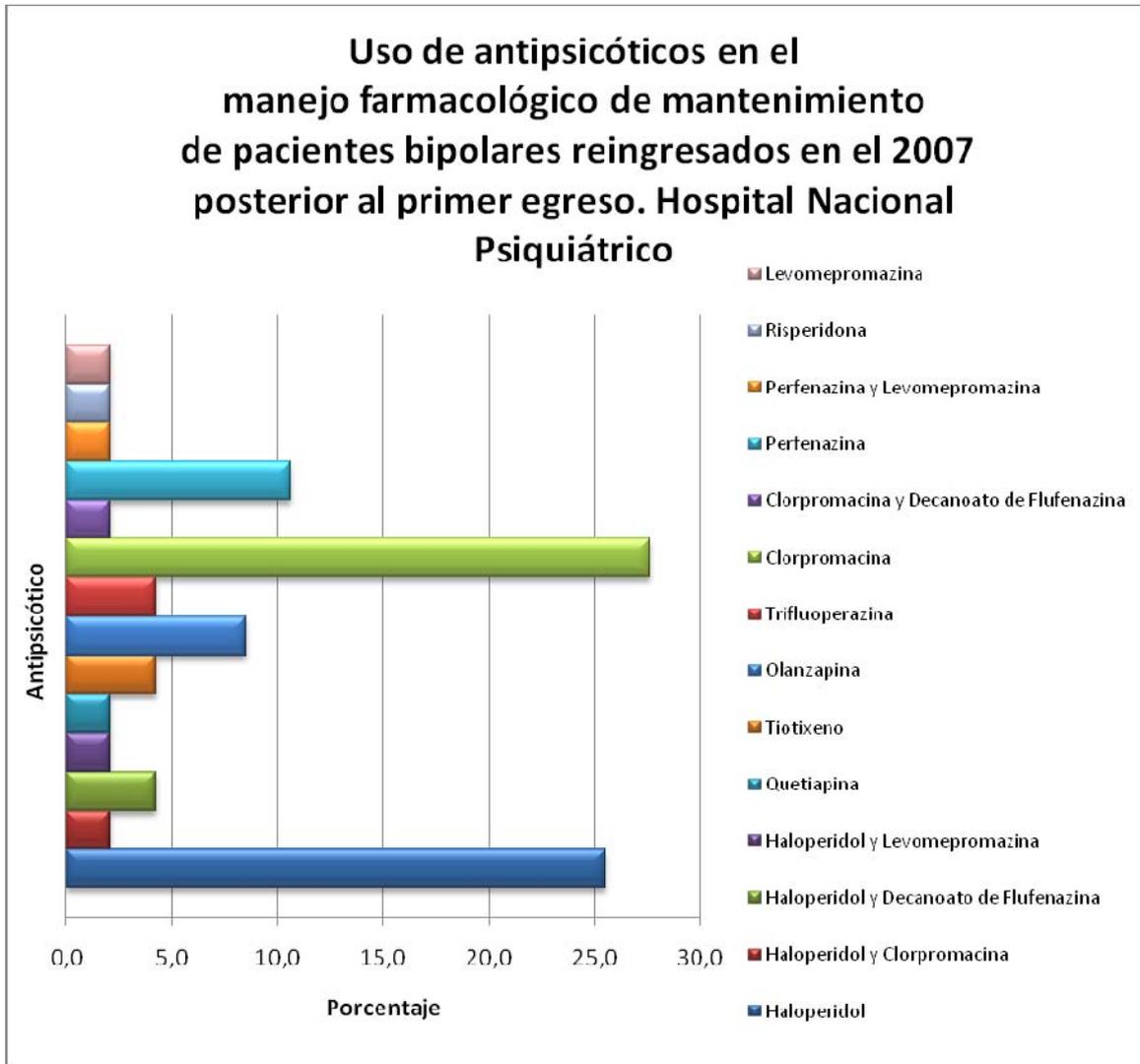
Al comparar la teoría con los esquemas de manejo utilizados en aquellos pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico, se puede mencionar que un 53.2% de los pacientes presentaron un esquema de tratamiento que incluía antipsicóticos típicos cuyo uso es recomendado por las guías, a pesar de no ser de primera

elección; en contraste con un 21.3%, en donde se administraron medicamentos que no cuentan con evidencia clínica que respalde su empleo.

A pesar de que los antipsicóticos atípicos no forman parte del esquema de medicamentos básicos con que cuenta la Caja Costarricense del Seguro Social con excepción de dos (clozapina y risperidona) , un 12.7% de los pacientes los utilizaron de manera correcta, lo que indica una nueva tendencia en el manejo de la patología afectiva a nivel del Hospital Nacional Psiquiátrico. En este momento no se cuenta con datos locales para realizar una comparación longitudinal en cuanto al incremento en su empleo, por lo que los hallazgos de este estudio podrían servir para futuras investigaciones en cuanto a la tendencia en el uso de fármacos antipsicóticos de segunda generación a lo largo del tiempo.

Es importante mencionar que al 12.7% de los pacientes se les prescribieron combinaciones medicamentosas de antipsicóticos típicos, las cuales a pesar de no encontrarse contraindicadas en las recomendaciones de manejo terapéutico internacional, no forman parte de los esquemas aconsejados a nivel mundial (Fountoulakis et al, 2005; Yatham et al, 2006). Se desconoce la relación de la implementación de estos esquemas con las dosis terapéuticas administradas.

**Gráfico 9** Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 24** Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Regulador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Acido Valproico	36	57,1%
Acido Valproico y Carbonato de Litio	8	12,7%
Acido Valproico y Lamotrigina	3	4,8%
Carbonato de Litio	10	15,9%
Carbonato de Litio y Lamotrigina	1	1,6%
Carbamacepina	5	7,9%
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

En cuanto al empleo de reguladores del estado del ánimo, el fármaco con mayor utilización fue Ácido Valproico con un 57.1% de uso, seguido por Carbonato de Litio con un 15.9%, Carbamacepina con un 7.9%, y a continuación los esquemas combinados como Ácido Valproico y Carbonato de Litio que presentaron un porcentaje de uso del 12.7%, Ácido Valproico y Lamotrigina utilizado en el 4.8% de las veces y Carbonato de Litio y Lamotrigina quienes en conjunto se prescribieron un 1.6%.

Los reguladores del afecto 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. Se recomienda el uso de Carbonato de Litio como primera opción en el tratamiento a largo plazo de esta entidad afectiva; sin embargo, existen otras opciones. En aquellos pacientes que presentan un patrón sintomático distinto al de la manía clásica, Carbamacepina y Ácido Valproico representan dos opciones viables

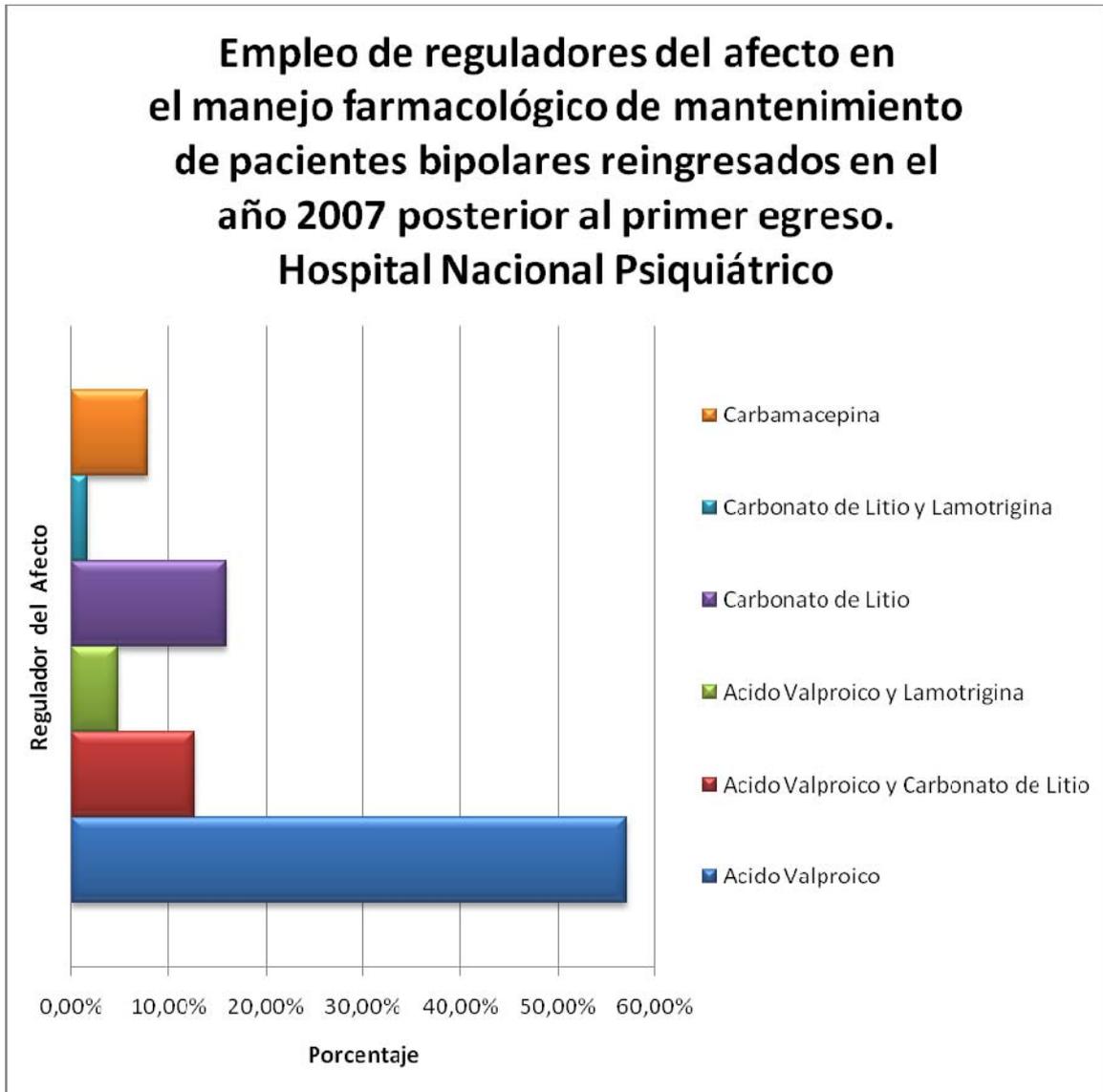
con posibilidad de prevenir las recaídas tanto maniacales como depresivas (Fountoulakis et al, 2005; Goodwin et al, 2009)

La evidencia clínica demuestra que Lamotrigina se encuentra indicada si el patrón sintomático del paciente es en su mayoría depresivo y existe poco riesgo de recaída de la sintomatología maniacal, debido a que no presenta una buena efectividad en la prevención de la recurrencia de episodios maníacos sea como monoterapia o en combinación con otros agentes antimaniacales (Frye et al, 2000; Ichim, 2000; Stahl, 2006).

El uso de las combinaciones entre reguladores del estado de ánimo se aconseja en pacientes recidivantes que presentan una importante dificultad para el control farmacológico de los síntomas y existe evidencia clínica que demuestra una reducción en cuanto a rehospitalizaciones con el uso de la terapia en combinación (Baethge et al, 2005).

En cuanto al empleo de estabilizadores del estado de ánimo en el tratamiento de mantenimiento de la población en estudio, llaman la atención dos aspectos en particular. Primeramente, los pacientes recidivantes se encuentran en su mayoría medicados con un esquema que presenta únicamente un regulador del estado de ánimo en su mayoría, a pesar de que la literatura recomienda el uso de varios de estos medicamentos en combinación en casos de difícil manejo; en segundo lugar se encontró la indicación de Lamotrigina para el tratamiento de mantenimiento en episodios maniacales, lo cual tampoco concuerda con la teoría revisada.

**Gráfico 10** Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

En los 65 pacientes del estudio, el único antidepresivo utilizado fue la Fluoxetina en un 9.2% de los casos.

El rol de los antidepresivos en el manejo farmacológico de mantenimiento del trastorno afectivo bipolar no ha sido adecuadamente establecido y existe mucha controversia al respecto. Su empleo 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 viraje hacia un episodio hipomaniaco o maniaco y a un aumento de las probabilidades de presentar irritabilidad, distraimiento y agitación. Es por ello que las guías internacionales de manejo terapéutico a largo plazo de la depresión bipolar recomiendan el uso en combinación de antidepresivos más reguladores del estado del ánimo (Kusumakar, 2002; Henry, 2003; Grijzman et al, 2004). Las recomendaciones generales indican que, una vez alcanzado el estado eutímico, al emplear un antidepresivo en combinación con un regulador del estado del ánimo y alcanzar la eutimia, se debe reducir progresivamente la dosis del antidepresivo hasta llegar a suspenderlo por completo en un período de 6 a 12 semanas. Así se evita la aparición del cuadro previamente mencionado y una nueva rehospitalización (Fountoulakis et al, 2005; Stahl, 2006; Goodwin et al, 2009).

Llama la atención que de los 6 pacientes a los que se les prescribió Fluoxetina como parte del plan de tratamiento de egreso, únicamente en uno de los casos se especificó la indicación de disminución paulatina del antidepresivo; el resto de los casos egresaron con el tratamiento indicado a una dosis estable de manera diaria.

**Cuadro 25** Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Benzodiazepina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Clonacepam	27	41,5%
Loracepam	5	7,7%
Diacepam	4	6,2%
<b>Total</b>	36	55,4%
<b>No aplica</b>	29	44,6%
	65	100%

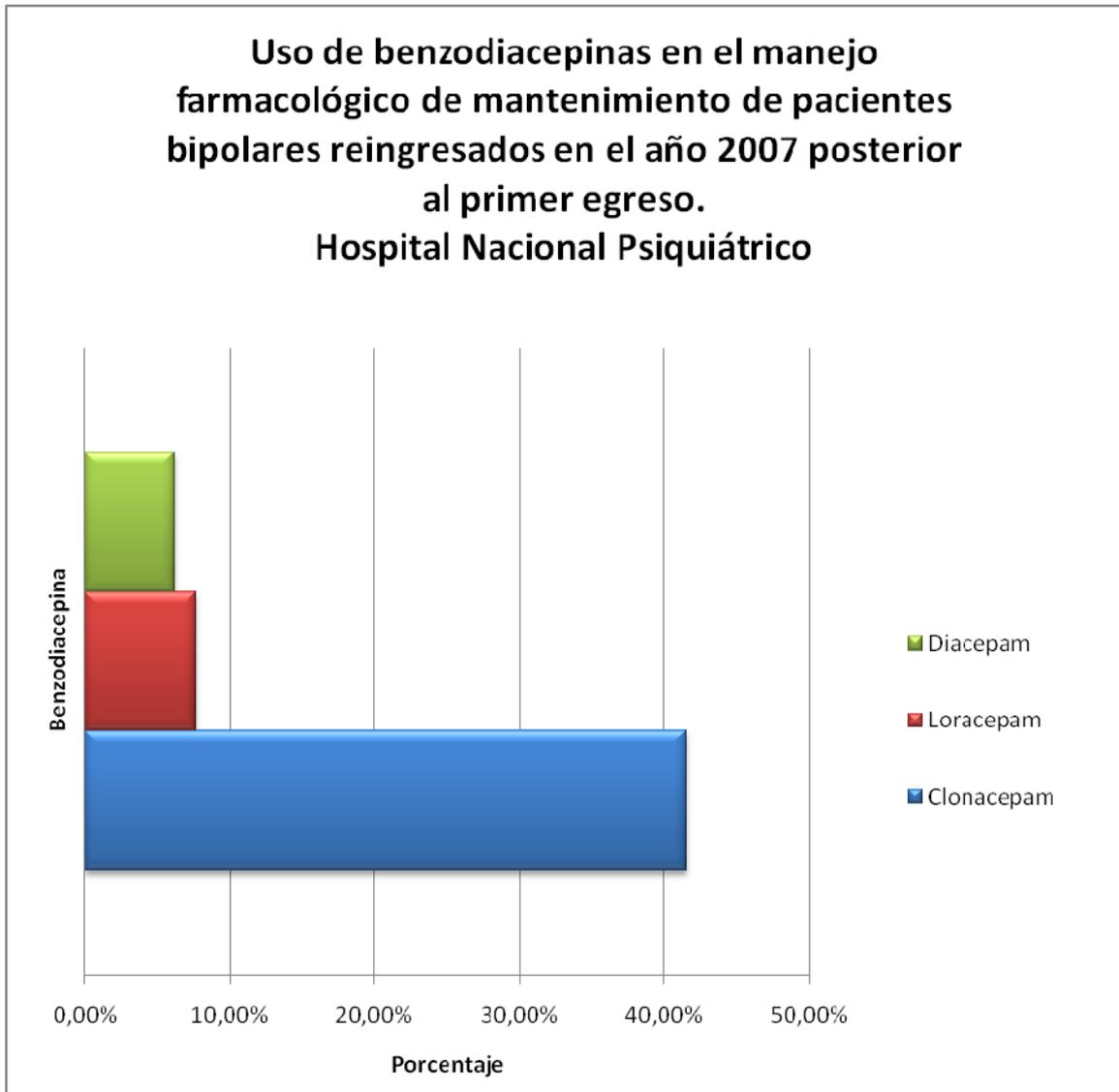
Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

La benzodiazepina de elección fue el Clonacepam con un porcentaje de prescripción del 41.4%, seguido por Loracepam utilizado en un 7.7% de las ocasiones y finalmente un 6.2% para el Diacepam. Al 44.6% de los pacientes no se les prescribió ninguna benzodiazepina.

Estos fármacos poseen propiedades ansiolíticas y sedantes y son importantes como elementos coadyuvantes en los esquemas de tratamiento farmacológico de mantenimiento. A pesar de que deben ser administradas con precaución debido al potencial de abuso de estas sustancias, se ha comprobado su acción beneficiosa si son utilizadas en conjunto con estabilizadores del ánimo (Stahl, 2008).

En este caso su uso fue acorde con aquel recomendado por las guías farmacológicas internacionales, las cuales aconsejan al Clonacepam como benzodiazepina de elección debido a seguridad y efectividad para el manejo de sintomatología recidivante (Curtin, 2004). Sería importante para otros estudios la cuantificación de la dosis utilizada, debido a que en la literatura hace énfasis en el uso de la menor dosis posible para evitar dependencia o habituación (Sharma et al, 1997).

**Gráfico 11** Uso de benzodiacepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 26** Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Biperideno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
no	47	72,3%
si	18	27,7%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

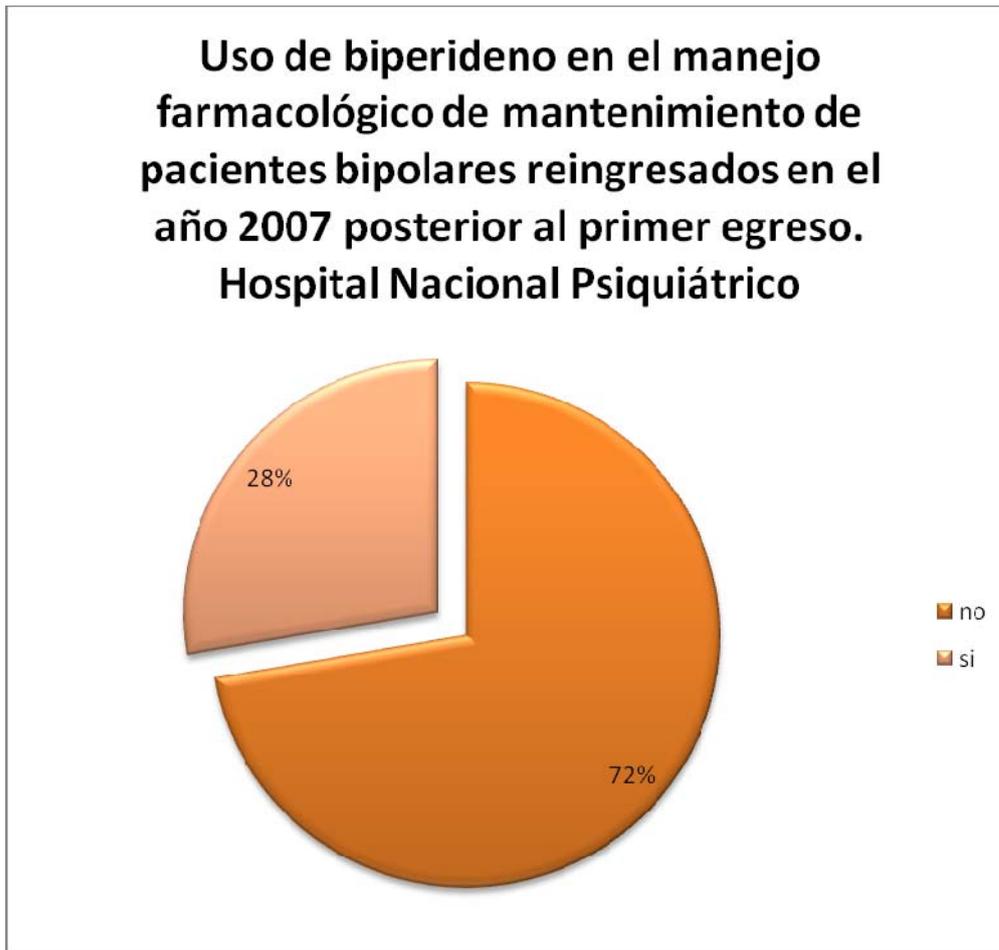
Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Únicamente el 27.7% de la población utilizó un anticolinérgico el cual en la totalidad de los casos fue Biperideno.

El mecanismo de acción del Biperideno se puede explicar mediante el bloqueo intraestriatal de la actividad colinérgica, la cual se encuentra relativamente elevada en comparación con la actividad nigroestriatal, que se ha visto disminuida secundario al bloqueo producido por los antipsicóticos. Este efecto es bastante pronunciado en el caso de los antipsicóticos típicos o de primera generación y se observa en menor porcentaje en los de segunda generación (Stanilla, 2009).

Más de la mitad de los pacientes bipolares reingresados durante el año 2007 contaban con un antipsicótico típico como parte de su medicación al egreso, esto debido a las limitaciones en la disponibilidad de medicamentos para el uso en la Caja Costarricense de Seguro Social; por lo que el uso del Biperideno se encuentra justificado en aquellos individuos que presentan sintomatología extrapiramidal.

**Gráfico 12** Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 27** Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Difenhidramina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
no	52	80%
si	13	20%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

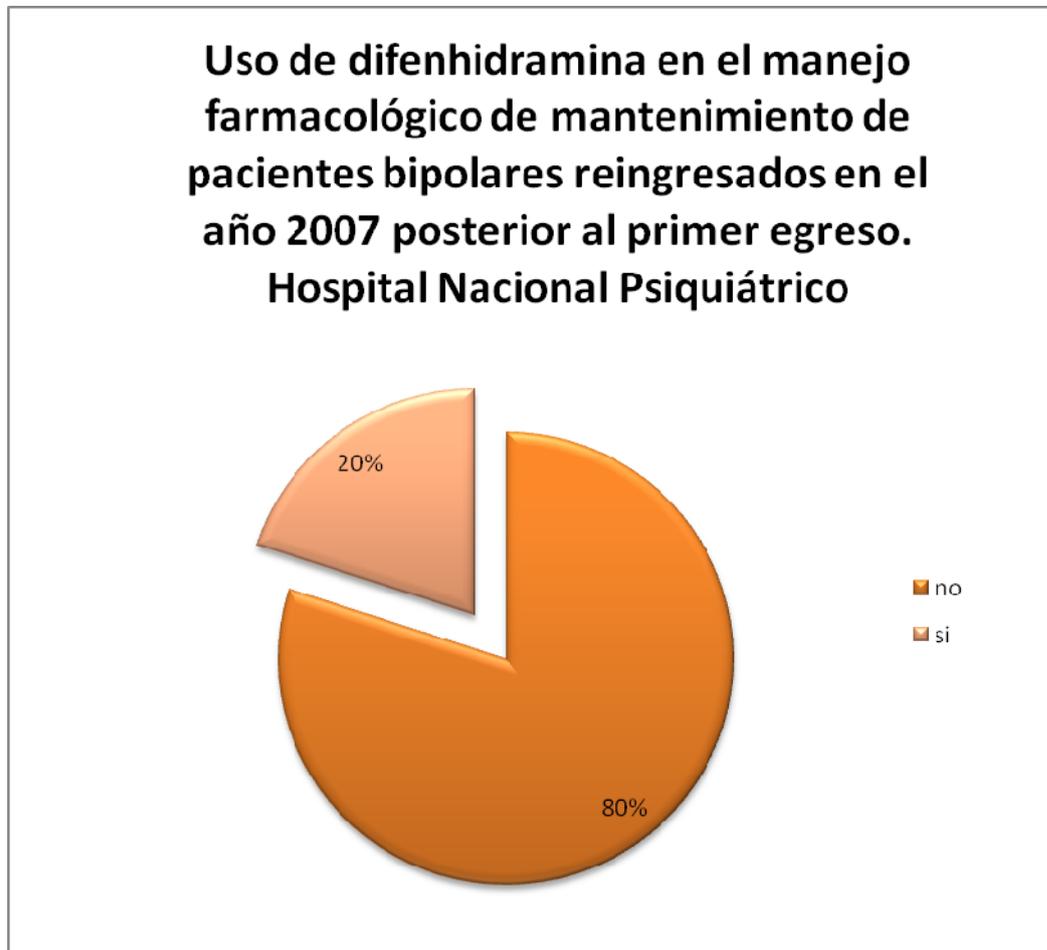
El uso de antihistamínicos, se presentó en un 20% de los pacientes a quienes se les prescribió Difenhidramina.

La Difenhidramina es uno de los primeros antihistamínicos fabricados y utilizados en el tratamiento de síntomas extrapiramidales y como sedante hipnótico, la cual es una alternativa en el uso de benzodiazepinas. A pesar de no ser tan eficaz en su acción anticolinérgica, su uso se encuentra indicado en aquellos pacientes quienes no toleran los efectos secundarios de dichos fármacos (Stanilla, 2009).

El caso concreto de los pacientes bipolares egresados en el 2007 del Hospital Nacional Psiquiátrico, fueron medicados en su mayoría con antipsicóticos de primera generación. Estos antipsicóticos están asociados a un mayor riesgo de producir efectos secundarios extrapiramidales, no obstante esta opción terapéutica es válida, según la literatura revisada, a pesar de que el fármaco en particular no se encuentra incluido en las recomendaciones mundiales para el manejo farmacológico de mantenimiento.

En la presente investigación no se cuenta con suficientes datos para determinar en cuáles casos la difenhidramina fue utilizada por su acción anticolinérgica o por sus efectos sedantes, lo que podría sentar las bases para futuros estudios.

**Gráfico 13** Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Otros medicamentos que fueron utilizados como parte del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento posterior al primer egreso fueron Hidroxicina y Tiamina.

Hidroxicina fue utilizado en 2 pacientes. El primer caso se trata de una paciente que se encontraba en estado de embarazo, donde según las guías internacionales en mujeres gestantes existen varias alternativas que deben ser consideradas por el

médico, entre las cuales están continuar con el tratamiento, cambiar de medicación o retirar toda medicación por completo y mantener manejo expectante. En este caso se le prescribió Hidroxicina, medicación que para el período de gestación en que se encontraba la paciente no está contraindicada. En el segundo caso se recetó como sedante hipnótico. (Stahl, 2006; Goodwin, 2009).

Tiamina fue utilizada exclusivamente y de forma adecuada en un paciente quien presentaba antecedentes de consumo perjudicial de licor, siendo que este fármaco si se está indicado como medicación adyuvante en el manejo farmacológico de mantenimiento (Ambrose et al, 2001).

**Cuadro 28** Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Cumplimiento de Guías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
no	14	21,5%
si	51	78,5%
<b>Total</b>	65	100%

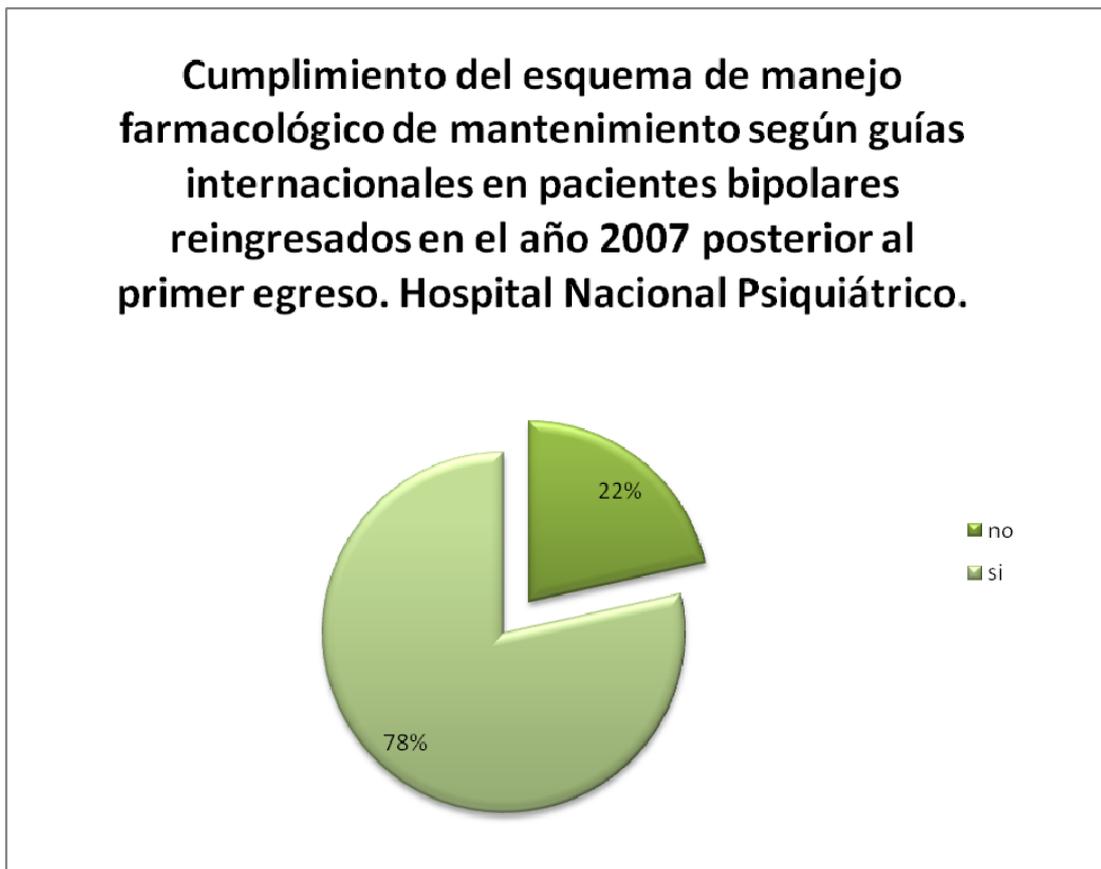
Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

El cumplimiento de las recomendaciones de guías internacionales de manejo farmacológico de mantenimiento en pacientes bipolares posterior al primer egreso fue de un 78.5%.

Conforman el 21.5% de incumplimiento indicaciones de Lamotrigina en episodios maniacales y Fluoxetina para el tratamiento de mantenimiento sin esquema de reducción especificado, el uso de Ácido Valproico en una paciente portadora de

hepatopatía crónica y aquellas combinaciones farmacológicas que no cuentan con respaldo a nivel teórico.

**Gráfico 14** Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al primer egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 29** Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Antipsicótico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Haloperidol	13	24,5%
Haloperidol y Decanoato de Flufenazina	1	1,9%
Quetiapina	1	1,9%
Tiotixeno	2	3,8%
Olanzapina	3	5,7%
Olanzapina y Trifluoperzina	1	1,9%
Trifluoperazina	5	9,4%
Clorpromacina	14	26,4%
Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina	1	1,9%
Clorpromacina y Risperidona	2	3,8%
Clorpromacina y Levomepromacina	1	1,9%
Perfenacina	4	7,5%
Decanoato de Flufenacina	1	1,9%
Risperidona	3	5,7%
Levomepromacina	1	1,9%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

En cuanto al uso de antipsicóticos posterior al segundo egreso, a un 26.4% se les recetó Clorpromacina como antipsicótico, seguido de un 24.5% a quienes se le prescribió Haloperidol, Trifluoperazina en un 9.4%, Perfenazina en un 7.5%, Olanzapina y Risperidona en un 5.7% respectivamente, Tiotixeno 3.8%, Clorpromacina en combinación con Risperidona también en un 3.8% y finalmente en

un 1.9% se empleó Quetiapina, Levomepromacina, Decanoato de Flufenazina y las combinaciones de Haloperidol y Decanoato de Flufenazina, Olanzapina y Trifluoperazina, Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina, Clorpromacina y Risperidona, Clorpromacina y Levomepromacina.

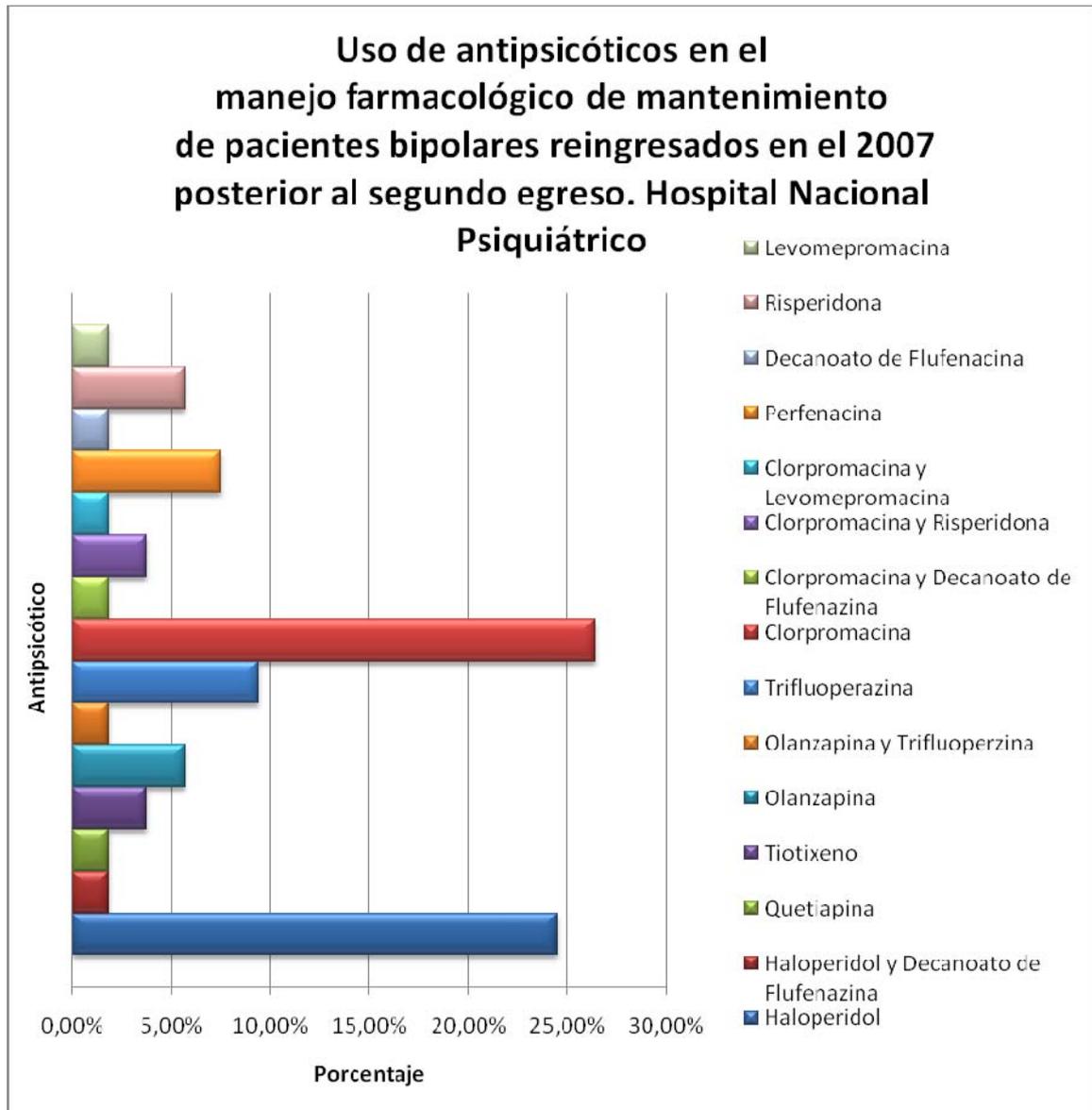
Al igual que el esquema de manejo farmacológico administrado posterior al primer egreso, en este caso predominan los esquemas con antipsicóticos típicos, específicamente Clorpromacina y Haloperidol. Sin embargo en esta ocasión existe una distribución mucho menos uniforme en cuanto a los esquemas de tratamiento prescritos.

Se da un leve incremento en el uso de antipsicóticos atípicos para un total de 13.3%, en comparación con un 5.7% donde se combina Risperidona con Clorpromacina y Olanzapina con Trifluoperazina. Estas acciones pueden verse explicadas en un intento por controlar los síntomas en pacientes de difícil manejo, como fueron los casos de segundo reingreso a lo largo de 12 meses; pero a pesar de que los antipsicóticos típicos no se encuentran contraindicados como tratamiento de la enfermedad bipolar, no hay reportes de validez clínica que recomienden su combinación con los atípicos.

Las guías de manejo farmacológico internacionales son claras en cuanto al manejo de pacientes recidivantes y recomiendan que se debe usar la máxima dosis de cada fármaco antes de proceder a la combinación terapéutica. En la presente investigación no se toman en cuenta las dosis terapéuticas, pero la combinación de agentes de primera línea como antipsicóticos atípicos con fármacos de tercera línea o algunos que no son mencionados del todo no se encuentra reportada (Yatham et al, 2006).

Es importante recalcar que en nuestro país se cuenta con una limitada disposición de medicamentos para su uso a nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social, lo que podría explicar la tendencia hacia la combinación entre los fármacos disponibles una vez que las opciones de primera línea existentes se ven agotadas y el paciente persiste sintomático.

**Gráfico 15** Uso de antipsicóticos en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 30** Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Regulador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ácido Valproico	39	60,9%
Ácido Valproico y Litio	10	15,6%
Ácido Valproico y Lamotrigina	2	3,1%
Litio	7	10,9%
Litio y Carbamacepina	1	1,6%
Litio y Lamotrigina	1	1,6%
Carbamacepina	2	3,1%
Lamotrigina	2	3,1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

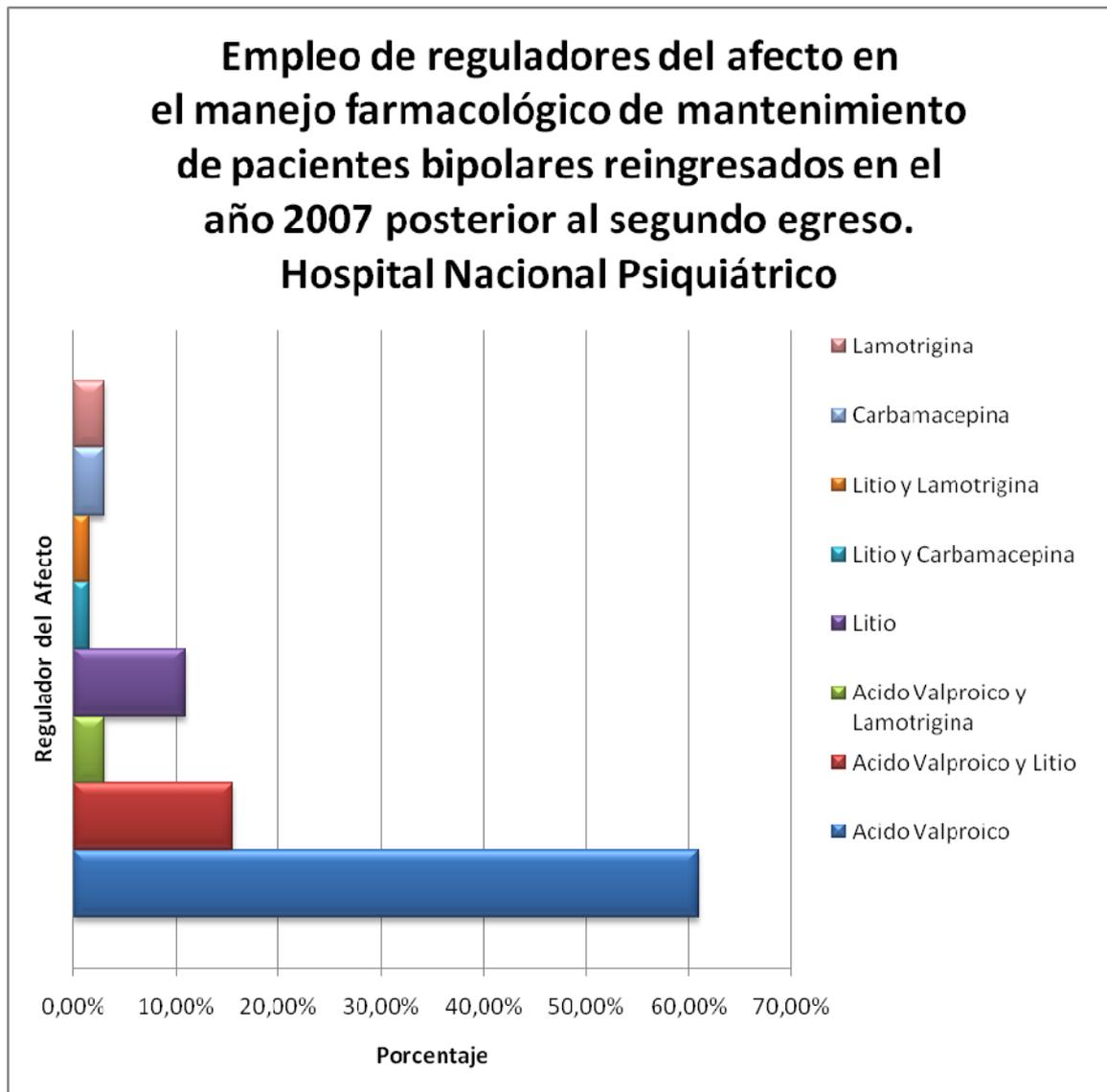
Posterior al segundo egreso, el empleo de reguladores del estado de ánimo se distribuyó en un 60.9% para la utilización de Ácido Valproico, 15.6% para la combinación Ácido Valproico y Carbonato de Litio, 10.9% para el uso de Carbonato de Litio como monoterapia, 3.1% para el empleo de Ácido Valproico en combinación con Lamotrigina y esquemas de monoterapia con Carbamacepina y Lamotrigina y finalmente un 1.6% para las combinaciones de Carbonato de Litio con Carbamacepina y con Lamotrigina respectivamente.

Al igual que a su primer egreso, en estos pacientes se dio un predominio en el uso de Ácido Valproico presentándose además un leve descenso en el uso del Carbonato de Litio y un aumento en el uso de otros reguladores como Carbamacepina y Lamotrigina.

Según la literatura revisada, las guías internacionales de manejo farmacológico para el trastorno afectivo bipolar recomiendan el uso de Carbonato de Litio, Ácido Valproico y Carbamacepina como reguladores del estado de ánimo en el tratamiento a largo plazo para la prevención de episodios maniacales y Lamotrigina en la prevención de episodios depresivos de esta patología (Hartong et al, 2003; Geddes et al, 2004).

En síntesis, al valorar el esquema de tratamiento de mantenimiento posterior al segundo egreso se evidencia un buen empleo de los reguladores del estado de ánimo en cuanto a la prevención de episodios maníacos; sin embargo, Lamotrigina sigue siendo indicada para la prevención de episodios maniacales.

**Gráfico 16** Empleo de reguladores del afecto en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Después del segundo egreso, se puede describir un leve aumento en el uso de antidepresivos, cuantificándose la prescripción de fluoxetina en un 13.8%, con una diferencia de 3 individuos más con respecto al primer egreso a lo largo del año.

Similar a lo descrito para el primer egreso, en ninguno de los casos se indicó una reducción paulatina de la Fluoxetina.

Goodwin et al, en la edición del año 2009 de las recomendaciones psicofarmacológicas para el tratamiento de la enfermedad afectiva bipolar emitidas por la Asociación Británica de Psicofarmacología, aconsejan el uso concomitante de un regulador junto con el antidepresivo, lo que en el primer y segundo egreso de nuestro estudio se cumple. Sin embargo, de nuevo es necesario recalcar la importancia de la disminución paulatina en las dosis de Fluoxetina para evitar recaídas.

**Cuadro 31** Uso de benzodiazepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Benzodiazepina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Clonacepam	22	57,9%
Loracepam	14	36,8%
Diacepam	2	5,3%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

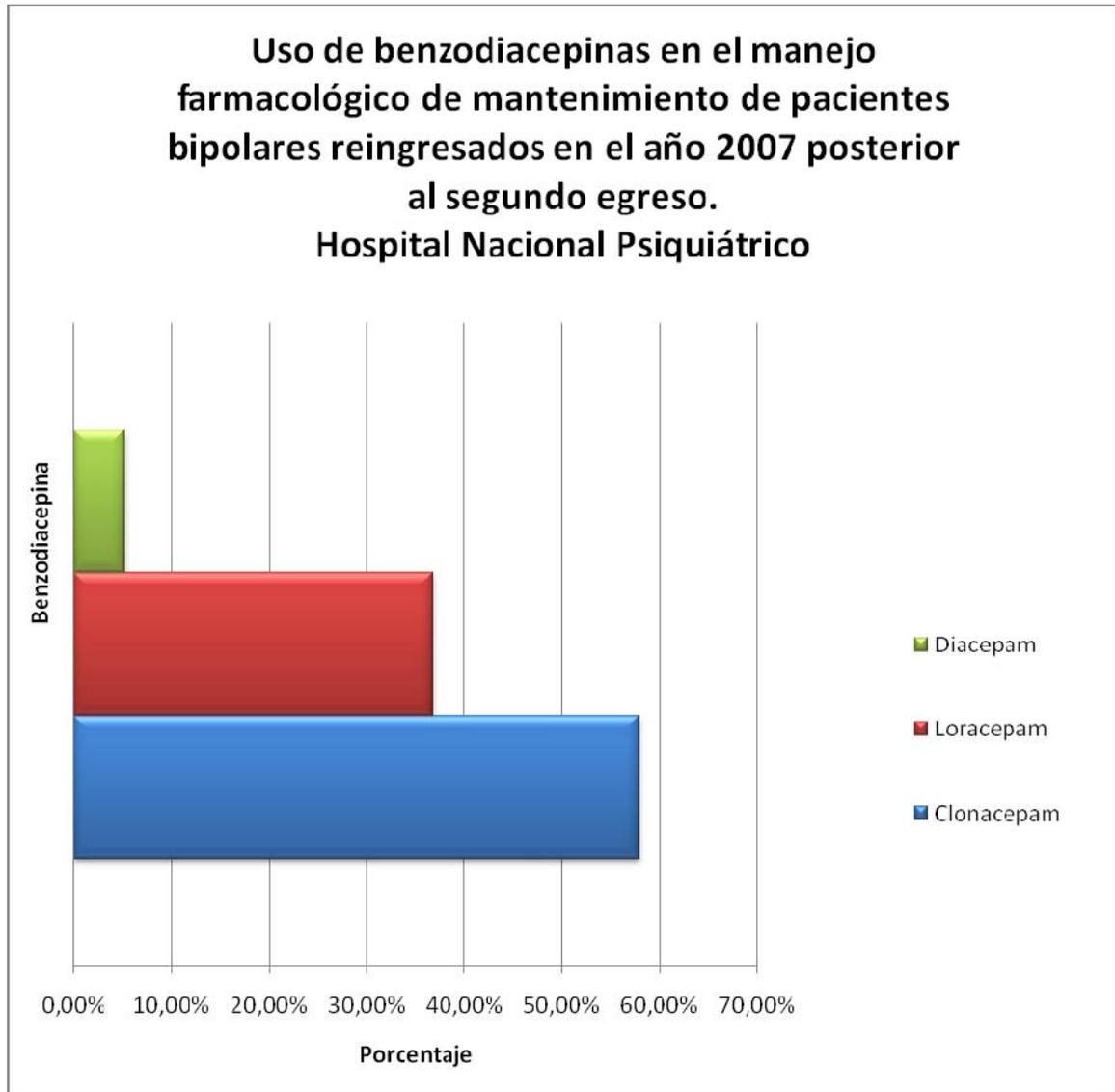
De nuevo el Clonacepam es la benzodiazepina de elección, con un porcentaje de utilización del 57.9%, seguido del Loracepam con un 36.8% y Diacepam en un 5.3%. En este caso un 41.5% de los pacientes fueron egresados sin una benzodiazepina como parte del esquema de tratamiento de mantenimiento.

Según la literatura consultada el uso de las benzodiazepinas en esquemas de tratamiento a largo plazo puede ser útil en casos de agitación intermitente e insomnio,

especialmente en pacientes de difícil manejo que se muestran resistentes ante diferentes combinaciones terapéuticas. Se dice que su uso adecuado puede prevenir la presentación de síntomas de mayor severidad en períodos de inestabilidad emocional, previniendo las rehospitalizaciones (Stahl, 2008). De nuevo, vale la pena mencionar el uso con precaución debido al potencial de abuso y la necesidad de ajustar las dosis tratando de utilizar las mínimas requeridas.

El uso de benzodiazepinas posterior al segundo egreso concuerda con las recomendaciones internacionales para pacientes bipolares. Se reporta que a la mayoría de los pacientes se les prescribe Clonacepam y Loracepam y aquellos medicados con Diacepam son casos relacionados con patología dual, específicamente por consumo de drogas y etilismo crónico.

**Gráfico 17** Uso de benzodiacepinas en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 32** Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Biperideno</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
no	36	55,4%
sí	29	44,6%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Posterior al segundo egreso, se da un incremento en el uso del Biperideno, elevándose a un 44.6%, esto significa que a 11 individuos más se les prescribió este anticolinérgico como parte del esquema de tratamiento.

Esta diferencia con relación al egreso anterior se puede explicar en el aumento en el uso de antipsicóticos típicos, ya sea de forma aislada o en combinaciones entre ellos mismos, lo que aumenta las probabilidades de que los pacientes presenten sintomatología extrapiramidal.

A pesar de que el Biperideno no forma parte de aquellos medicamentos indicados por las guías terapéuticas internacionales para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar, su uso está correctamente implementado en cuanto al control de los efectos adversos ocasionados por los neurolépticos. Es importante recordar las limitaciones medicamentosas con las que se trabaja a nivel intrahospitalario en este caso, debido a que la disponibilidad de medicamentos de nueva generación es limitada, lo que hace necesario implementar medidas alternativas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Gráfico 18** Uso de biperideno en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

**Cuadro 33** Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.

<b>Difenhidramina</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
no	50	76,9%
sí	15	23,1%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

En cuanto al uso de Difenhidramina posterior al segundo egreso, se da un porcentaje de uso del 23.1%, presentándose un incremento mínimo en su empleo con respecto al egreso previo con una diferencia de 2 individuos más a quienes se le indicó la medicación.

Según los datos consignados en los expedientes, no se encontraron suficientes evidencias para realizar hipótesis sobre si este medicamento fue añadido por alguna intolerancia a efectos anticolinérgicos o por sus efectos sedantes, al igual que en el egreso previo. No hay contraindicación alguna para su inclusión en el esquema de manejo farmacológico de mantenimiento en pacientes bipolares; sin embargo, es necesario valorar cada caso antes de implementar su uso (Stanilla, 2009).

**Gráfico 19** Uso de difenhidramina en el manejo farmacológico de mantenimiento de pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Como parte de la medicación de mantenimiento posterior al segundo egreso, de nuevo los fármacos adicionales utilizados fueron Hidroxicina y Tiamina.

Al igual que al egreso anterior, se prescribió Hidroxicina en un paciente como sedante y Tiamina como coadyuvante en el esquema de 2 pacientes con antecedente de haber sido ingresados en estado etílico agudo. Estas acciones se encuentran respaldadas por la literatura y no se menciona ninguna contraindicación en cuanto a

su uso en las guías internacionales consultadas (Fountoulakis et al, 2005; Yatham et al, 2006; Stahl, 2008; Goodwin et al, 2009)

**Cuadro 34** Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico

<b>Cumplimiento de Guías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	13	20%
Sí	52	80%
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Posterior al segundo egreso, se presentó un leve descenso en el porcentaje de incumplimiento de las indicaciones propuestas por las guías de manejo farmacológico internacional. El 20% de incumplimiento se encuentra representado básicamente, al igual que en el egreso anterior, por prescripción de Lamotrigina para la prevención de estados maniacales, uso de combinaciones de antipsicóticos que no cuentan con evidencia clínica que respalde su uso e indicaciones de fluoxetina que no cumplen con los parámetros para el tratamiento a largo plazo.

Los egresos que comprenden del tercero al sétimo son estadísticamente poco significativos en cuanto a la información que se recolectó, por lo que a continuación se realiza un análisis meramente descriptivo de los patrones de tratamiento farmacológico.

En el tercer egreso, del total de 11 pacientes, únicamente 8 utilizaron antipsicóticos como parte del manejo farmacológico de mantenimiento. A dos de ellos se les prescribió Clorpromacina representando el 25% y al resto Haloperidol, Olanzapina, Trifluoperazina en combinación con Levomepromacina, Clorpromacina en

combinación con Perfenazina, Decanoato de Flufenazina y Risperidona representando el 12,5% cada uno. A la totalidad de la población se le prescribieron reguladores del estado del ánimo. Diez pacientes presentaron un esquema con Ácido Valproico únicamente o en combinación con Carbonato de Litio, para un 45,5% en cada caso. Sólo a un paciente se le prescribió Carbonato de Litio como monoterapia para un 9,1%. En la utilización de benzodiazepinas la frecuencia fue de 4 para Clonacepam y 5 para Loracepam, para un 44.4% y un 55.6% respectivamente. Sólo 3 pacientes emplearon Biperideno, lo que implica un porcentaje del 27.3%. El uso de Difenhidramina aparece exclusivamente en 2 pacientes, para un 18.2%. No se prescribieron antidepresivos ni otras medicaciones. Finalmente el porcentaje de cumplimiento de guías internacionales en el manejo farmacológico de mantenimiento de este grupo de pacientes fue de un 90.9%, lo que significa que se alcanzó en 10 de los pacientes.

A lo largo del manejo farmacológico en el tercer egreso se repite la tendencia sobre el uso de los neurolépticos típicos en especial la Clorpromacina y en el uso de reguladores del estado del ánimo, con predominio del Valproato. La tendencia en el empleo de benzodiazepinas cambia dándose predominio en la prescripción de Loracepam, quizás para disminuir las interacciones farmacológicas ante la presencia de varios medicamentos a la vez. El porcentaje de incumplimiento de lo señalado en las guías farmacológicas se ve representado por el uso de combinaciones de antipsicóticos típicos no recomendados en dichos manuales.

En el cuarto egreso, se registraron 7 pacientes. Exclusivamente en 5 casos se utilizaron antipsicóticos tales como Trifluoperazina, Clorpromacina y Perfenazina en combinación, Perfenazina, Decanoato de Flufenazina y Risperidona. En el uso de reguladores del estado de ánimo se evidenció una distribución de 5 pacientes con el esquema de Ácido Valproico y Carbonato de Litio en combinación y 2 pacientes con Ácido Valproico. En uno de los casos se utilizó Fluoxetina como antidepresivo. Loracepam fue la benzodiazepina de mayor prescripción, con una frecuencia total de 4, en comparación con el Clonacepam que fue utilizado en un único caso. En el caso

de anticolinérgicos, el Biperideno se prescribió en 3 pacientes y en cuanto al grupo de antihistamínicos, la Difenhidramina fue utilizada sólo en un caso. Hubo cumplimiento de lo recomendado en las guías de manejo farmacológico internacional en 5 pacientes.

En la prescripción farmacológica del cuarto egreso se empieza a denotar la tendencia en la disminución del uso de antipsicóticos. Se mantiene la prevalencia en el empleo de Ácido Valproico y Loracepam, con disminución del Biperideno y la Difenhidramina. El incumplimiento de las guías de manejo farmacológico internacional se dio básicamente por el uso de antipsicóticos típicos no recomendados y por la prescripción de Fluoxetina en dosis indicadas para manejo de un episodio agudo, en lugar de darse la adecuación necesaria para el manejo a largo plazo.

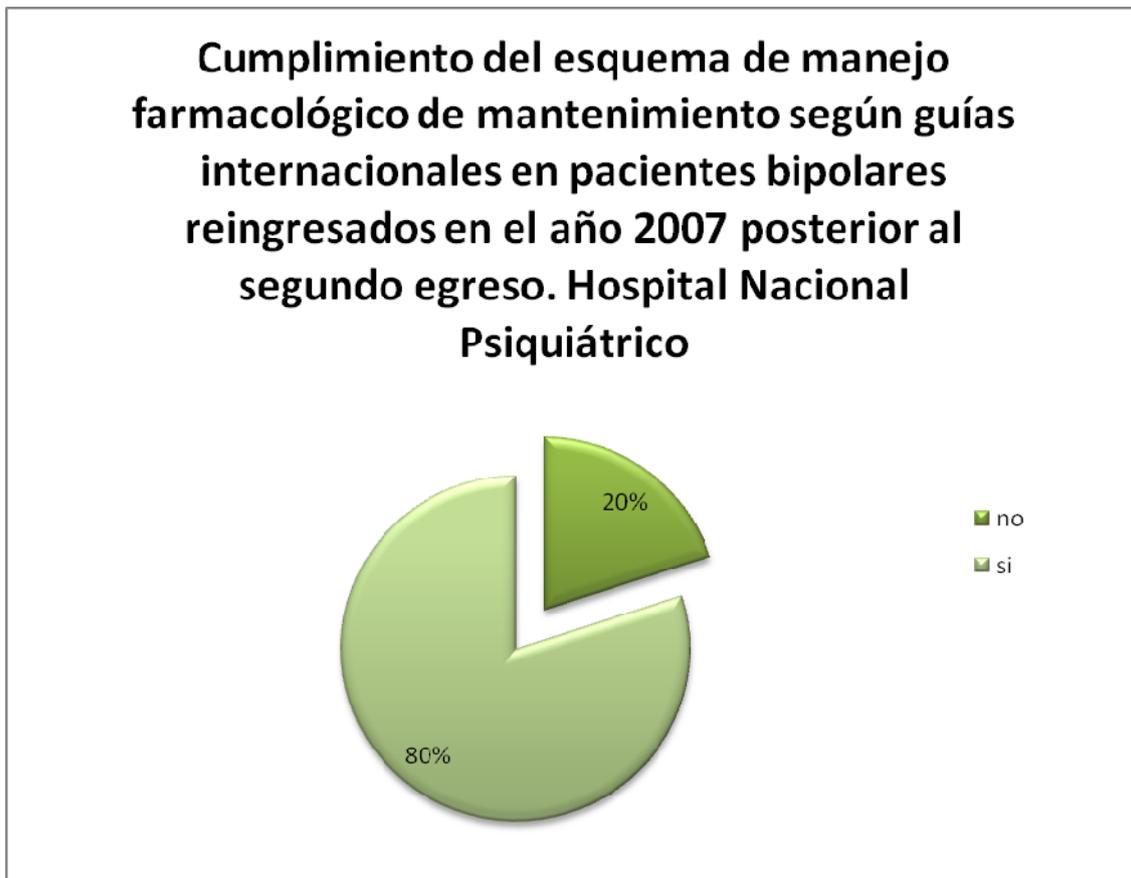
Fueron 3 pacientes los que se consignaron con un quinto egreso. De ellos, únicamente a 2 se les prescribieron antipsicóticos, que fueron Trifluoperazina y Clorpromacina. La prescripción de reguladores del estado de ánimo se distribuyó en una frecuencia de 2 para el esquema combinado de Ácido Valproico y Carbonato de Litio y uno para el uso de Ácido Valproico. El Loracepam de nuevo fue la benzodiacepina de elección en 2 casos y el Clonacepam en el otro. Se utilizó Biperideno exclusivamente en un paciente. No se les prescribió Difenhidramina ni antidepresivos. En los tres pacientes se cumplió con las directrices indicadas por las guías de manejo farmacológico.

El sexto y séptimo egresos fueron contabilizados por un mismo paciente. Como parte del esquema de manejo en el sexto egreso se le prescribieron Clorpromacina y Decanoato de Flufenazina como antipsicóticos, Ácido Valproico y Carbonato de Litio como reguladores del estado del ánimo, y Biperideno como anticolinérgico. No se utilizaron antidepresivos, benzodiacepinas ni Difenhidramina. Se constató que para

este caso, el esquema de manejo farmacológico cumplió con las propuestas indicadas por las guías de manejo farmacológico a nivel internacional.

En contraste con el sétimo egreso, se eliminó el uso de antipsicóticos, manteniendo el resto del esquema de manejo igual al egreso anterior y cumpliendo las normas propuestas por las guías previamente mencionadas.

**Gráfico 20** Cumplimiento del esquema de manejo farmacológico de mantenimiento según guías internacionales en pacientes bipolares reingresados en el año 2007 posterior al segundo egreso. Hospital Nacional Psiquiátrico



Fuente: Servicio de Registros Médicos. Hospital Nacional Psiquiátrico. (2007)

Como resumen de los hallazgos presentados en este capítulo, un paciente recidivante portador de enfermedad afectiva bipolar en el Hospital Nacional Psiquiátrico puede ser caracterizado como un individuo que presenta un promedio de 2 a 7 ingresos en un año, perteneciente al género femenino o masculino, con un rango de edad entre 50 y 59 años, quien muestra un predominio de relaciones de pareja inestables, un nivel de escolaridad menor al de secundaria incompleta y habita en el área metropolitana. Aunado a ello, presenta un período de estabilidad afectiva variable a lo largo de 12 meses con una prevalencia de egreso mayor en temporada seca. A nivel farmacológico su esquema de tratamiento de mantenimiento se encuentra representado por el uso de antipsicóticos en su mayoría de primera generación, reguladores del estado de ánimo, antidepresivos y otras medicaciones como parte del tratamiento prescrito al momento de egreso del centro de salud. Los fármacos de mayor utilización en estos pacientes fueron Haloperidol y Clorpromacina, Ácido Valproico, Fluoxetina y Clonacepam.

Al comparar los datos obtenidos con lo propuesto por la literatura se encontraron diferencias en cuanto al rango de edad debido a que aquellos individuos que se encuentran entre los 15 y 35 años presentan una mayor tendencia al reingreso en comparación con aquellos mayores de 50 años. Este fenómeno puede ser explicado por dificultades en la realización del diagnóstico temprano de la enfermedad afectiva bipolar. A nivel farmacológico se presentaron discrepancias, principalmente en el uso de reguladores del estado del ánimo y en esquemas de prescripción de antidepresivos a largo plazo.

En cuanto a las características sociodemográficas que describen género, estado civil, nivel de escolaridad y lugar de residencia los resultados obtenidos corresponden con lo reportado en la teoría. Las indicaciones de manejo farmacológico al egreso cumplieron las recomendaciones detalladas en las guías internacionales para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad afectiva bipolar en la mayoría de los pacientes.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

## **5.1 Conclusiones**

1. Los datos consignados en el presente estudio podrían servir para desarrollar futuras investigaciones y estrategias de identificación en aquellos pacientes portadores de enfermedad bipolar considerados como recidivantes, para que de esta manera su tratamiento y seguimiento pueda ser adecuadamente planificado.
2. Al analizar la población de pacientes bipolares reingresados en el año 2007, se encontró que el grupo con mayor número de reingresos fue aquel entre los 50 y 59 años, en contraposición con lo mencionado por la literatura donde los individuos menores de 35 años presentan una mayor tendencia al reingreso hospitalario. La tendencia encontrada en el periodo de análisis, puede explicarse por las dificultades que pudieran haber en la red de servicios de salud para realizar un diagnóstico temprano de la enfermedad afectiva bipolar.
3. No se encontró diferencia por género en la prevalencia de reingresos lo que corresponde con aquello reportado por la literatura.
4. El comportamiento de la población en estudio en cuanto a la variable del estado civil es similar al reportado a nivel mundial, constatándose un predominio de individuos sin relaciones de pareja estable, en su mayoría menores de 40 años y pertenecientes al género masculino.
5. El nivel de escolaridad en el 63.1% de la población fue menor al de secundaria completa, lo que predispone a estos individuos a enfrentarse con mayores dificultades socioeconómicas y por ende a estresores psicosociales importantes.

6. El 52.1% de la población proviene de cantones ubicados en el área metropolitana, lo que indica un predominio de áreas urbanas con respecto a las rurales en la prevalencia de la enfermedad bipolar.
7. La tendencia hacia patrones de estabilidad afectiva entre egresos fue variable.
8. La población en estudio evidenció un patrón irregular en cuanto al patrón estacional de su sintomatología, con una mayor prevalencia de reingresos en la temporada seca.
9. A pesar de las limitaciones en cuanto a fármacos disponibles para el tratamiento de la enfermedad afectiva bipolar a nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social, los recursos con los que se cuenta se utilizan en su mayoría de forma adecuada.
10. En el uso de antipsicóticos para el manejo farmacológico de mantenimiento, se evidenciaron “combinaciones autóctonas” de fármacos que no se encuentran descritas entre las recomendaciones a nivel mundial para el tratamiento a largo plazo de la enfermedad bipolar.
11. El empleo de los reguladores del afecto en la población estudiada en su mayoría, se realizó de manera adecuada. Llama la atención la prescripción de Lamotrigina como parte de la prevención de recaídas en episodios maniacales lo que se encuentra en contraposición con lo revisado en la literatura.
12. El único antidepresivo utilizado fue Fluoxetina, sin embargo, entre las indicaciones al egreso en un único caso se especificó la reducción paulatina de la dosis, lo cual es recomendado cuando se usa terapia antidepresiva en el manejo a largo plazo de la enfermedad afectiva bipolar.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Es necesario mejorar el diagnóstico temprano en la enfermedad afectiva bipolar para disminuir el deterioro del paciente y de esta forma mejorar su pronóstico a lo largo de la vida.
2. A pesar de que variables subjetivas inciden directamente en el proceso diagnóstico en psiquiatría, realizar un adecuado proceso de selección y definición diagnóstica de las enfermedades afectivas es imprescindible para evitar sobrevalorar o descalificar síntomas clave que puedan agilizar el diagnóstico y tratamiento adecuados.
3. Aquellos pacientes con redes de apoyo inadecuadas son más vulnerables ante las recaídas y el deterioro crónico de su enfermedad, en contraposición con quienes cuentan con recursos sociales adecuados, por lo que es indispensable brindar un seguimiento psicosocial individualizado y estructurado en estos casos. En este aspecto se podrían mejorar los programas de enfoque hacia la comunidad dirigidos hacia la mejora en el proceso de recuperación de pacientes portadores de patología bipolar.
4. Sería de importancia en futuras investigaciones que se realizara una correlación entre el número de reingresos de los pacientes portadores de la patología bipolar, con las condiciones socioeconómicas y las tasas de desempleo, lo que daría una visión más amplia del panorama demográfico de esta población y podría ser la base para programas de intervención psicosocial por desarrollar.
5. La existencia de un mayor nivel de estresores psicosociales y condiciones urbano marginales, asociadas en pacientes con un nivel de escolaridad mínimo que provienen de áreas en pobreza, predispone a la población a un mayor número de recaídas y su correspondiente deterioro, por lo que en estos

casos la implementación de programas de seguimiento comunitario integral influye en el proceso de recuperación e incrementa la adherencia al tratamiento y la conciencia de la enfermedad.

6. En futuras investigaciones se podría correlacionar el número de reingresos que presentan los pacientes con el porcentaje de abandono de medicación en presencia de programas psicoeducativos que involucren tanto al paciente como a su familia.
7. En estudios posteriores sería relevante cuantificar el número de reingresos según episodios afectivos de la enfermedad y correlacionarlo con los actuales datos.
8. Es importante recordar que en la mayoría de las consultas externas de nuestros de servicios de salud, las citas con especialistas no se otorgan de manera inmediata. Esto implica que probablemente el esquema de tratamiento del paciente al egreso no se cumpla por varias semanas hasta que logra ser atendido en su correspondiente área de atracción, por lo que la especificación en la reducción paulatina de la dosis del fármaco antidepresivo se podría adjuntar a las especificaciones en la referencia al egreso para mejorar el pronóstico del paciente.
9. Existen guías de recomendaciones farmacológicas a nivel mundial, las cuales presentan indicaciones para el tratamiento de la enfermedad afectiva bipolar basadas en evidencia clínica demostrada. A nivel intrahospitalario se cuenta con un número limitado de fármacos a disposición para el tratamiento de esta enfermedad, lo que ha hecho necesario la implementación de combinaciones de fármacos que, a pesar de formar parte del esquema básico ofrecido por la institución, no se encuentran recomendados como efectivos en el tratamiento a largo plazo. Es imprescindible que a falta del presupuesto necesario para poder adquirir fármacos de nuevas generaciones y ampliamente

recomendados a nivel internacional, se realicen estudios que comprueben la utilidad y eficacia de aquellos tratamientos y combinaciones que se realizan de manera “autóctona” y que hasta ahora se han estado administrando a los pacientes.

10. 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.

## **Anexos**

## ANEXO 1

Instrumento de recopilación de información.

Expediente número \_\_\_\_\_

Total Hospitalizaciones/2007 \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Residencia \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Mas \_\_\_\_\_ Fem \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha egreso

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Periodo estabilidad afectiva

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Dx egreso 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Tx 1 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 2 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 3 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 4 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 5 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 6 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Tx 7 Egreso \_\_\_\_\_, si cumple guías \_\_\_\_\_, no cumple guías

REGULADOR \_\_\_\_\_ ANTIDEPRESIVO \_\_\_\_\_ ANTIPSICOTICO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO 2



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO  
COMITÉ LOCAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACION  
TELÉFONO 2232-21-55 EXT. 2202 FAX. 2232-30-01

15 de abril 2009  
CLOBI 09-2009

Doctora  
Oliva Brenes Antonini  
Directora General  
Hospital Nacional Psiquiátrico

Estimada Doctora:

En sesión extraordinaria del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI), celebrada el 31 de marzo de 2009 se evaluó el protocolo de investigación con numeración 001-2009, con título: "**Caracterización de la población de pacientes Bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007**" presentado por la Dra. Carla Subirós Castresana Isla, residente de psiquiatría. El cual una vez comprobadas las modificaciones previamente emitidas, se consideró de forma unánime que se RECOMIENDA SU APROBACION.

No omito manifestarle, la obligatoriedad de la investigadora de enviar informes trimestrales e informe final.

Atentamente,

  
Dr. Oscar Barquero Fernández  
Coordinador  
Comité Local de Bioética en Investigación



ep

C: Dra. Carla Subirós Castresana Isla, Residente de Psiquiatría  
Bach. Luis Rodríguez Vargas, Jefe de Registros Médicos  
Archivo

## ANEXO 3



Caja Costarricense de Seguro Social  
Hospital Nacional Psiquiátrico  
Dirección General

Tel. (506) 232-3483/ 290-25-97 ext. (103/115)

Fax. (506) 232-30-01  
Correio. obrenesa@ccss.sa.cr

16 de abril de 2009  
D.G. 1085-2009

Doctora  
Carla Subirós Castresana  
Médica Residente en Psiquiatría

Estimada doctora:

**ASUNTO: Protocolo de Investigación: "Caracterización de la población de pacientes reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007".**

En respuesta a su oficio del 04 de febrero de 2009, le transcribo en lo que interesa el oficio CLOBI 09-2009, del 15 de abril de 2009, firmado por el Dr. Oscar Barquero Fernández, Coordinador del Comité Local de Bioética en Investigación, que dice:

*"En sesión extraordinaria del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI), celebrada el 31 de marzo de 2009 se evaluó el protocolo de investigación con numeración 001-2009, con título: "Caracterización de la población de pacientes Bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007" presentado por la Dra. Carla Subirós Castresana Isla, residente de psiquiatría. El cual una vez comprobadas las modificaciones previamente emitidas, se consideró de forma unánime que se RECOMIENDA SU APROBACIÓN...no omito manifestarle, la obligatoriedad de la investigadora de enviar informes trimestrales e informe final."*

Por lo anterior expuesto esta Dirección General aprueba dicho protocolo.

Atentamente,

Dra. Oliva Brenes Antonini  
DIRECTORA GENERAL



♣ agb

Cc: Dr. Oscar Barquero Fernández, Coordinador del Comité Local de Bioética en Investigación.  
Lic. Luis Rodríguez Vargas, Jefe del Servicio de Registros Médicos.  
Archivo

## ANEXO 4

A  
POSTGRADO DE PSIQUIATRIA  
ESPECIALIDADES MÉDICAS CENDEISSS/UCR

Hago constar que, con la previa autorización de la persona a cargo de la dirección del trabajo, he revisado la tesis titulada **Caracterización de la población de pacientes bipolares reingresados en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007**, que presenta la Dra. Carla Subirós Castresana-Isla, como requisito parcial para obtener la Especialidad en Psiquiatría.

Le he recomendado introducir las observaciones pertinentes de forma, estilo y ortográficas a fin de que el texto cumpla con los requisitos exigidos por el Posgrado de Psiquiatría para presentar ante el Tribunal Calificador correspondiente.

En el texto que le entrego en el acto quedan constando las sugerencias, observaciones y correcciones.

San José, a los once días del mes de febrero del dos mil diez

  
Lic. Carlos Enrique Fuentes Bolaños, MSc.  
Filólogo  
Colegio Lic. y Profesores  
C. 005035

## **Bibliografía**

Aguilar I. Frecuencia del diagnóstico del Trastorno Bipolar y descripción de su tratamiento en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, Julio 2005. 3 de diciembre 2008. <http://www.coedu.usf.edu>.

Akiskal et al. Trastornos Bipolares, Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Panamericana, Buenos Aires, 2006. 6-12.

Alderfer B, Allen M. Treatment of agitation in bipolar disorder across the life cycle. *J Clin Psychiatry* 2003; 64, 4: 3–9.

Ambrose M, Bowden S, Whelan G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: Preliminary findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001; 25;1:112–116.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC; American Psychiatric Association, 1994.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002; 151: 1–36.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1–50.

Amsterdam J, Shults J. Fluoxetine monotherapy of bipolar type II and bipolar NOS major depression: a double-blind, placebo-substitution, continuation study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20: 257–264.

Arnold, LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2003 Sep; 26: 3, 595-620.

Baethge C, Baldessarini R, Mathiske-Schmidt K et al. Long-term combination therapy versus monotherapy with lithium and carbamazepine in 46 bipolar I patients. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 174–182.

Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z, et al. The close link between suicide attempts and bipolar depression: Implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006; April, 91: 2.

Berganza C, Lopez A, Emilio S. Tratamiento de Enfermedad Bipolar en el contexto Guatemalteco Agosto 2008. 5 de diciembre 2008. <http://www.psiquiatriaguatemala.org/>

Beynon S, Soares-Weiser K, Woolacott N, et al. Pharmacological interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: a systematic review of controlled trials. *Journal of Psychopharmacology* 2009; 23: 5, 574-591.

Blackburn SC, Oliart AD, Garcia Rodriguez LA, Perez Gutthann S. Antiepileptics and blood dyscrasias: a cohort study. *Pharmacotherapy* 1998; 18: 1277–1283.

Blackmore E, Jones I, Doshi M et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 32–36.

Blazer, D. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2000.

Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbidity personality disorders in bipolar and unipolar affectiv. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 28-34.

Bowden C, Brugger A, Swann A et al. Efficacy of divalproex vs lithium and placebo in the treatment of mania. The Depakote Mania Study Group. *JAMA* 1994; 271: 918–924.

Burt V, Rasgon N. Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disord* 2004; 6: 2-13.

Calabrese J, Keck PE Jr, Macfadden W et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1351–1360

Chisholm D. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry* (2005) 187: 559-567.

Colom F, Vieta E, Reinares M et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1101–1105.

Cookson J. (2001) Use of antipsychotic drugs and lithium in mania. *Br J Psychiatry* 2001; 178, 41: 148–156.

Curtin F, Schulz P. Clonazepam and lorazepam in acute mania: a Bayesian meta-analysis. *J Affect Disord* 2004; 78: 201–208.

Das Gupta R, Guest J. Annual cost of bipolar disorder to UK society. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 227-233.

Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5: 58–61.

Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.

Dixon L. Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. *Psychiatric Services*. 2000; 51: 759-765.

Dixon L., McFarlane W, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*. 2001; 52: 903-910.

Drake R, Goldman H, et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*. 2001; 52:179–182.

Dominic et al. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after two years. *Am J Psychiatry*. February 2005;162: 324-329.

DSM IVTR. Criterios Diagnósticos. Asociación Americana de Psiquiatría Editorial Masson 2002.

Estudios Biomédicos Activos. Comité Etico Científico. Pagina web UCIMED. Accesado el 3 de Noviembre del 2008. [www.ucimed.com](http://www.ucimed.com).

Feske U, Frank E, et al. Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 956- 962.

Foster S, Kessel J, Berman M, Simpson G. Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilization in a psychiatric emergency room setting. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 175–179.

Frances A, Kahn, D, Carpenter D, et al. (1998) The Expert Consensus Guidelines for treating depression in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59, 4: 73–79.

Frank E, Cyranowski J, Rucci P et al. Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 905–911.

Frese F, Stanley J, et al. Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model. *Psychiatric Services*.2001; 52: 11, 1462-1468.

Frye M, Ketter T, Kimbrell T et al. A placebo-controlled study of lamotrigine and gabapentin monotherapy in refractory mood disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 607–614.

Fountoulakis K Vieta E, Sanchez S et al. Treatment guidelines for bipolar disorder: A critical review. *J of Affective Disorders* 2005; 86: 1-10.

Gastal F, Andreoli S, Quintana M, et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34: 3.

Geddes J, Burgess S, Hawton K, et al. Long-term lithium therapy for bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 217–222.

Ghaemi S, Ko J, Goodwin F. ‘Cade’s disease’ and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 125–134.

Gilbert D, Altshuler K, Rago W, et al. Texas medication algorithm project: definitions, rationale, and methods to develop medication algorithms. *J. Clin. Psychiatry* 59, 345-351.

Goikolea JM, Colom F, Martinez-Aran A, et al. Clinical and prognostic omplications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10 year follow ip of 302 patients. *Psychol Med* 2007; Nov 37: 11, 1595-1599.

Goodpastor WA, Hare B. Factors associated with multiple readmission to a urban public psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:82-87.

Goodwin F, Jamison K. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2<sup>nd</sup> Edition. New York, NY: Oxford University Press, 2007.pp 180-185.

Goodwin G. Evidence based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacol. Journal of Psychopharmacology 2003; 17, 2: 149-173.

Goodwin G. Evidence Based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology 2009; 23, 4: 346-388.

Gijsman 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.

Hartong E, Moleman, P, Hoogduin, et al. Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment-naive bipolar patients. J Clin Psychiatry. 2003; 64: 144–151.

Haywood T, Kravitz H, Grossman L, et al. Predicting “the revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. Am J Psychiatry 1995; Jun;152(6):856-61.

Hendrick V, Altshuler L, Gitlin M, Delrahim S, Hammen C. Gender and bipolar disease. J Clin Psychiatry 2000; 61: 393-396.

Henry C, Demotes-Mainard J. Avoiding drug-induced switching in patients with bipolar depression. Drug Saf 2003; 26: 337–351.

Hirschfeld R. Bipolar spectrum disorder: improving its recognition and diagnosis. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl. 14): 5–9.

Hirschfeld R, Lewis L, Vornik L. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 161–174.

Hughes D, Kleespies P. Treating aggression in the psychiatric emergency service. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl. 4): 10–15.

Ichim L, Berk M, Brook S. Lamotrigine compared with lithium in mania: a double-blind randomized controlled trial. *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12: 5–10.

Judd L, Akiskal H. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the U.S. population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord.* 2003;73: 123.

Judd L, Akiskal H, et al Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: A prospective, comparative, longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 12, 1322–1330.

Keck P, McElroy S, Strakowski S, et al. Factors associated with maintenance antipsychotic treatment of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 1996; 57: 147-151.

Kessing L. Gender differences in phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004;6:421-425.

Kessing LV, Andersen PK, Mortensen PB, et al. Recurrence in affective disorder I: case registry study. *British Journal Of Psychiatry.* 1998; 172: 23-28.

Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:1092.

Kilzieh N, Akiskal H. Rapid-cycling bipolar disorder. An overview of research and clinical experience. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 585–607.

Kupfer D, Frank E, Grochocinski V et al. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120–125.

Kusumakar V. Antidepressants and antipsychotics in the longterm treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63,10: 23–28.

Lewis T, Joyce P.R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 130-135.

Lish J, Dime-Meenan S, Whybrow P, Price R, Hirschfeld R. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281–294.

Licht, RW. Drug treatment of mania: a critical review. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 97: 387–397.

Marneros A, Goodwin F. Bipolar disorders beyond major depression and euphoricmania. 10 de Diciembre 2008.

<http://www.assets.cambridge.org.excerpt.pdf>

McElroy S, Altshuler L, Suppes T et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 420–426.

McGrew J, Bond G. Critical ingredients of assertive community treatment: Judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*. 1995; 22: 113-125.

Mena M. Clima de Costa Rica. Instituto Meteorológico Nacional. Disponible en <http://imn.ac.cr>. Accesado 18 de julio 2009.

Millon T, Blaney P, Davis R et al. Oxford Textbook of Psychopathology. USA. Oxford University Press, 1999. pp190.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica Estadísticas Sectoriales 2004-2007. MIDEPLAN. 18 de Julio 2009. <http://mideplan.go.cr>

Mueser K, Torrey W, e tal. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. Behavior Modification,. 2003; 27: 387-411.

Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. Lancet 2002; 359: 241–247.

NIMH. National Institute of Mental Health. Website. Bipolar Disorder. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bipolar.cfm#bp5>. Accesado el 7 de Diciembre del 2008.

Olfson, M. Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. Hospital and Community Psychiatry. 1990; 41: 634-641.

Patel, Nick. Crismon, M. Pondrom, M. Rehospitalization Rates of Patients With Bipolar Disorder Discharged on a Mood Stabilizer Versus a Mood Stabilizer Plus an Atypical or Typical Antipsychotic. Journal of Behavioral Health Services & Research. 2005; 32: 4, 438-445.

Piver A, Yatham L, Lam R. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. Can Fam Physician 2002; 48: 896–904.

Pérez Pérez, Itzel. Entrevista personal. 20 de noviembre del 2008.

Phelps J. Genetics and Risk (to your child) (reviewed and minor revisions: 11/2005)  
Artículo web. Accesado el 04/11/08. <http://www.PsychEducation.org> .

Rasgon NL, Altshuler LL, Gudeman D et al. Medication status and polycystic ovary syndrome in women with bipolar disorder: a preliminary report. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 173–178.

Robert M, Alva R, Devin C, et al. Screening for Bipolar Disorder in Patients treated for Depression in a Family Medicine Clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 233-239.

Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J Affect Disord* 2001; 65: 3-8.

Rucci P, Frank E, Kostelnik B et al. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1160–1164.

Sadock B y Saddock V. Kaplan and Saddock's Comprehensive TextBook of Psychiatry 8<sup>th</sup> Edition Volume I. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. pp 1559-1707.

Schaffer A, Cairney J, Cheung A, et al. Community Survey of Bipolar Disorder in Canada: Lifetime Prevalence and Illness Characteristics. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 1, 9- 16.

Schapiro. Actualización en el manejo farmacológico del Trastorno Bipolar. Trabajo de Graduación. Universidad de Costa Rica. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005.

Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1927–1929.

Seeman M. Psychopathology in Women and Men: Focus on Female Hormones. *Am J Psychiatry* December 1997; 154, 12: 1641-1647.

Sernyak MJ, Griffin RA, Jonson RM, et al. Neuroleptic exposure following inpatient treatment of acute mania with lithium and neuroleptic. *American journal of Psychiatry*. 1994; 151: 133-135.

Sharma V, Yatham L, Haslam D et al. Continuation and prophylactic treatment of bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42, 2: 92–100.

Simpson S, McMahon F, McInnis M et al. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 736–740.

Stahl S. *Stahl's Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide*. Cambridge University Press. New York. 2006. pp229-231.

Stahl S. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Depression and Bipolar Disorder*. Cambridge University Press. New York. 2008. pp 215-243.

Stanilla J, Simpson G. Drugs to treat extrapyramidal side effects. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. 4<sup>th</sup> Ed. American Psychiatric Publishing Inc. Arlington, VA. 2009. Disponible en [http: psychiatryonline.com](http://psychiatryonline.com). Accesado el 1 de Agosto del 2009.

Tohen M, Castillo J, Baldessarini RJ, Zarate C Jr, Kando JC. Blood dyscrasias with carbamazepine and valproate: a pharmacoepidemiological study of 2,228 patients at risk. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 413–418.

Tohen M, Zarate C, et al. The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence *Am J Psychiatry*. 2003 Dec; 160: 12, 2099-2107.

Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs* 2003; 17: 491–511.

Toren P, Dor J, et al. Hypothalamic-pituitary-ovarian axis and mood. *Biological Psychiatry*. 1996; 40: 1051-1055

Torrey W, Drake R, Rehani M, et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*. 2001; 52:45–50

Tranel TJ, Ahmed I, Goebert D. Occurrence of thrombocytopenia in psychiatric patients taking valproate. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 128–130.

Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A et al. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 339–343.

Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2–4.

Wikipedia Encyclopedia. Web site. Bipolar Disorder. Disponible en: [http://en.wikipedia.org/wiki/bipolar\\_disorder](http://en.wikipedia.org/wiki/bipolar_disorder). Accesado el 2 de Noviembre del 2008.

Yatham L, Kennedy SH, O'Donovan C et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 2006;8: 721-739.

Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR et al. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004; 6: 379–385.

Yatham L, Silverstone P, Gorman C et al. Canadian network for bipolar disorder (CAN-BD): preliminary report of data on the first 126 patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13 (Suppl. 4): S198–S199.

Yonkers K, Wisner K, Stowe Z, et al. Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the postpartum Period. *AM J Psychiatry* 2004; 161: 608-620.

Zarate C, Tohen M. Double blind comparison of the continued use of antipsychotic treatment versus its discontinuation in remitted manic patients. *Am J Psychiatry*. 2004; 161: 169-171.

Zaretsky A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003; 5: 80–87.