

10533

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

Ministerio de Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"
Oficina de Gestión de la Calidad

23 SET. 2021

RECBIDO

Reg N°
Hora: 9:20 Folios: Firma:

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 103-2021-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 22 de Setiembre de 2021

Vistos; la Nota Informativa N°104-2021-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, las Guías de Prácticas Clínicas: de Trastorno Afectivo Bipolar en Adultos (actualización) y Trastorno Obsesivo Compulsivo – TOC en Adultos (actualización), las mismas que han sido elaboradas por el Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, con la finalidad de disminuir la variabilidad en el manejo clínico, mejorar la calidad y reducir la inequidad en la atención de las personas con estos diagnósticos tanto en el ámbito institucional como comunitario;

Que, mediante Nota Informativa N° 085-2021-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que las Guías de Práctica Clínica: "Para el



Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar en Adultos” y “Para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo en Adultos – TOC” del hospital Víctor Larco Herrera, cumplen con el modelo de estructura definida en el numeral 6.1.3 Guía Técnica, en las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”, aprobada por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; y sugiere su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital “Víctor Larco Herrera” aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las siguientes **GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA:**

1. “**GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS**”.
2. “**GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ADULTOS**”.

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital “Víctor Larco Herrera” (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/JDCFS/MYRV.

Distribución:

- o Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- o Oficina de Asesoría Jurídica
- o **Oficina de Gestión de la Calidad**
- o Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- o Archivo



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN
ADULTOS**

Actualización

2021

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS

INDICE

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR
 - 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 5.1. DEFINICIÓN
 - 5.2. ETIOLOGÍA
 - 5.3. FISIOPATOLOGÍA
 - 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
 - 5.5.1. Medio ambiente
 - 5.5.2. Estilos de vida
 - 5.5.3. Factores hereditarios
- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - 6.1. CUADRO CLÍNICO
 - 6.1.1. Signos y síntomas
 - 6.2. DIAGNÓSTICO
 - 6.2.1. Criterios diagnósticos
 - 6.2.2. Diagnóstico diferencial
 - 6.3. EXÁMENES AUXILIARES
 - 6.3.1. De patología clínica
 - 6.3.2. De imágenes
 - 6.3.3. De exámenes auxiliares complementarios
 - 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - 6.4.1. Medidas generales y preventivas
 - 6.4.2. Terapéutica
 - 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento
 - 6.4.4. Signos de alarma
 - 6.4.5. Criterios de alta
 - 6.4.6. Pronóstico
 - 6.5. COMPLICACIONES
 - 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
 - 6.7. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN
- VII. ANEXOS
- VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica aborda recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos Afectivos Bipolares (TB) en adultos, dirigidas a disminuir la variabilidad en el manejo clínico, mejorar la calidad y reducir la inequidad en la atención de las personas con este diagnóstico tanto en el ámbito institucional como comunitario.

II. OBJETIVO

Brindar a los profesionales de salud mental recomendaciones informadas en evidencia para el diagnóstico, tratamiento farmacológico y psicológico de los trastornos bipolares en adultos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación obligatoria para todo el personal de salud que labora en el Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Con relación al diagnóstico de TB, la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10) de la Organización Mundial de la Salud, establece criterios para diagnosticar los trastornos mentales, entre los que se encuentra el TB, estando por tanto ya estandarizado en la práctica clínica.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

De acuerdo con CIE – 10 los trastornos bipolares se codifican dentro de los trastornos del estado de ánimo (afectivos) según el siguiente cuadro:

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO [AFECTIVOS] (F30-F39)

F30 Episodio maníaco

F30.1 Episodio maníaco sin síntomas psicóticos

F30.2 Episodio maníaco, grave, con síntomas psicóticos

F30.3 Episodio maníaco en remisión parcial

F30.4 Episodio maníaco en remisión completa

F30.8 Otros episodios maníacos

F31 Trastorno bipolar

F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco

F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin

F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco, con síntomas psicóticos, grave

F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada

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

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

F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto

F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión

F31.8 Otros trastornos bipolares

F31.81 Trastorno bipolar II



F31.9 Trastorno bipolar, no especificado

V. CONSIDERACIONES GENERALES

El Trastorno Afectivo Bipolar (TB) es un trastorno mental grave en el que se presentan episodios de manía con exaltación del estado de ánimo, euforia, hiperactividad, ideas de grandeza o irritabilidad, y episodios depresivos, caracterizados por tristeza, anhedonia, inhibición e ideación de muerte. También se pueden presentar episodios mixtos que combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos. En los estados interepisódicos la remisión puede ser total o parcial, aunque el curso tiende a ser crónico y recurrente, afectando la función familiar, social y ocupacional de la persona que lo sufre, y originando alta carga de morbilidad y discapacidad, así como elevados costos sanitarios.¹

5.1 DEFINICIONES

Episodio maníaco: Período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

Episodio hipomaníaco: Período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días. Pero con menor intensidad de los síntomas, menor deterioro socio ocupacional que la manía y ausencia de síntomas psicóticos.

Episodio depresivo mayor: Período de tristeza anormal, pérdida de interés y de capacidad para obtener placer, síntomas que han estado presentes durante el mismo período por dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior de la persona.

Episodio mixto: Período en el que se combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos.

Ciclación rápida: Presencia de cuatro o más episodios agudos en un año. Los pacientes cicladores rápidos presentan recaídas más frecuentemente

Trastorno bipolar tipo I (TB I): Aparición de episodios depresivos y maníacos, y requiere para su diagnóstico la presencia de al menos un episodio maníaco, con o sin historia previa de un episodio depresivo mayor.

Trastorno bipolar tipo II (TAB II): Incluye cuadros depresivos e hipomaniacos, Requiere para su diagnóstico la presencia de un episodio hipomaníaco con al menos historia de un episodio depresivo mayor previo, y no debe haber historia de episodio de manía o mixto.

Eutimia: Estado de ánimo normal que dentro del TB significa la ausencia de síntomas depresivos o maníacos.

Disforia: Confluencia de ánimo triste e irritabilidad, sentimiento no placentero o de insatisfacción. Es frecuente que se presente en casos de depresión.

Respuesta: Reducción de los síntomas en, al menos, el 50% de los presentados al inicio del tratamiento, idealmente tomando como referencia una escala estandarizada.



Remisión: Disminución significativa o total de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal, de por lo menos una semana de duración. Ya no se cumplen los criterios diagnósticos del cuadro clínico. La remisión es el objetivo del tratamiento de la fase aguda, el cual debe mantenerse hasta lograr la recuperación.

Recuperación: Remisión sostenida durante un período de por lo menos 8 semanas en el que se ha mantenido la remisión de los síntomas. Es preciso diferenciar entre recuperación sindrómica (ausencia de episodio afectivo con criterios diagnósticos), recuperación sintomática (ausencia de síntomas desde una perspectiva dimensional) y recuperación funcional (regreso al nivel previo laboral y psicosocial).

Recaída: Reparición de sintomatología durante la remisión o durante la recuperación.

Recurrencia: Reparición de sintomatología después de la recuperación.

5.2 ETIOLOGÍA

La etiología del trastorno es multifactorial, habiéndose identificado la confluencia de factores genéticos, epigenéticos y ambientales. Por estudios de epidemiología genética se ha identificado una alta concordancia entre gemelos monocigóticos y un creciente riesgo de expresar el trastorno de acuerdo con un mayor grado de parentesco. Estudios en gemelos monocigóticos tienen una concordancia de aproximadamente el 60-70%, en comparación con los dicigóticos cuya concordancia es del 20 a 30%. Los estudios apuntan a la interacción de múltiples genes con efectos pequeños, pero cuya sumatoria confiere una alta heredabilidad.^{1,2}

Por otro lado, factores ambientales como acontecimientos estresantes también están relacionados con la aparición del TB en personas genéticamente vulnerables. Se han identificado factores de riesgo como mala nutrición prenatal, nacimiento pretérmino, exposición a abuso infantil, uso de cannabis entre otros. La calidad del apoyo social tiene valor predictivo, fundamentalmente porque los pacientes cumplen peor el tratamiento y probablemente son diagnosticados y tratados de forma mucho más tardía.^{3,4}

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Se ha asociado la expresión del trastorno a alteraciones del sistema de segundo mensajero (intracelular) fosfatidil inositol por disfunción de la enzima monofosfatasa inositol. Asimismo, se observa disfunción de circuitos corticolímbicos y corticoestriatales e hipofunción de corteza prefrontal en región medio frontal.

Se observa también anomalías en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal, desequilibrios en neurotransmisores y receptores que involucran a circuitos serotoninérgicos y catecolaminérgicos.⁵

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según diversos estudios la prevalencia a lo largo de la vida del TAB se encuentra entre el 0.5% y 1.6% (1.0% para el TB I, 1.1% para el TB II), y 2.4% para los síntomas subumbrales del TB, por ejemplo, síntomas hipomaniacos subumbrales junto a depresión recurrente. Otros autores consideran el término de "espectro bipolar" para describir cuadros clínicos que incluyen alguna forma leve de bipolaridad, incluyendo la hipomanía leve o breve o la ciclotimia, alcanzando cifras de 3% a 6% de prevalencia de vida en la población general.

El inicio del trastorno se ubica entre los 18 y 20 años, siendo la incidencia similar en varones y mujeres. Trabajos más recientes muestran que la edad de aparición de la



La manía es menor en hombres que en mujeres. Las mujeres parecen ser diagnosticadas en torno a 3.2 años después que los hombres. Las mujeres debutan con mayor frecuencia con episodios depresivos, mayor número de recaídas depresivas y mayor refractariedad de las depresiones.⁶

Un porcentaje importante de TB es diagnosticado inicialmente como trastorno depresivo mayor, hasta que se produce en el curso del trastorno un episodio de manía, con lo que tiende a retrasarse el tratamiento.

En el Perú, de acuerdo con el estudio realizado en el marco del estudio mundial de salud mental en el año 2005, la prevalencia de vida encontrada para el TB I y II fue del 1.9%.⁷

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

Los altos niveles de emoción expresada (hostilidad, crítica), los estilos de comunicación afectiva negativa y los bajos niveles de cuidado maternal se asocian con síntomas afectivos más severos. Las familias de personas con TB presentan menos cohesión y adaptabilidad y niveles más altos de conflicto. La menor cohesión en la familia se asocia con tasas más altas de comorbilidades con déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante y otros trastornos.⁶

5.5.2 Estilos de vida

La exposición a abuso o trauma durante la infancia es frecuente en pacientes con TB. En los subtipos de trauma (emocional, físico y sexual), el abuso emocional es el que más afecta a los pacientes con TB. Se ha observado una asociación importante entre el abuso sexual y las personas con TB I. En el TB II se ha visto negligencia y abandono emocional en la niñez.

El trauma infantil está asociado a inicio más temprano, ciclaje rápido, y características psicóticas en el trastorno. También está relacionado con un número mayor de episodios afectivos, ideación e intento suicida, y a la comorbilidad de uso de sustancias.

En la adolescencia y en la edad adulta se asocia la expresión del trastorno con el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas y con el juego patológico.⁸

5.5.3 Factores hereditarios

El antecedente familiar es un factor de riesgo de mucho valor. Más del 50% de pacientes con TB tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo, y los descendientes de este grupo de pacientes tienen un riesgo 5 a 10 veces mayor de desarrollar el trastorno en comparación con la población general. Los adolescentes con hipomanía o trastorno depresivo mayor, quienes tienen un familiar de 1er o 2do grado de consanguinidad con TB tienen mayor probabilidad de desarrollarlo en comparación con los que no tienen este antecedente.^{1, 2, 8}

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

Lo característico del TB es la historia de episodios recurrentes maníacos o hipomaníacos que se alternan o no con episodios de depresión mayor.

La característica fundamental del episodio maníaco es el ánimo expansivo, sensación de bienestar y omnipotencia, falta de necesidad de sueño e ideas de grandeza. El sujeto



puede ser más productivo de lo normal, tener planes grandiosos y volverse intolerante cuando sus planes son objetados, tornarse intolerantes, irritables, hostiles y agresivos.

El episodio depresivo es variado en cuanto a síntomas evolución y gravedad, y se caracteriza por presentar tristeza, desgano, incapacidad de disfrutar, falta de interés y motivación, percepción negativa del pasado y sombra del futuro, cambios en el sueño y el apetito, ideas de culpa, de inutilidad y de muerte, llegando a la ideación e intento suicida.

Los episodios mixtos se caracterizan por presentar en forma simultánea síntomas maníacos y depresivos, y comúnmente cursan con disforia.⁹

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios diagnósticos^{9, 10}

La CIE-10 incluye los trastornos bipolares dentro del grupo de trastornos del humor o del estado de ánimo (afectivos) y distingue el episodio maníaco y el trastorno bipolar

El episodio maníaco (F30), se caracteriza por la exaltación del humor y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental del individuo. Si existen episodios anteriores depresivos o maníacos, se debe recurrir al diagnóstico de trastorno bipolar. Se clasifica según tres niveles de gravedad en:

F30.0 Hipomanía: exaltación leve y persistente del ánimo (durante varios días seguidos), aumento de la vitalidad y, por lo general, sentimientos de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. El individuo se vuelve más sociable, hablador, familiaridad excesiva, mayor vigor sexual y una disminución de las necesidades de sueño, sin interferir de forma grave con la actividad laboral o provocar rechazo social. Puede alterarse la capacidad de concentración y atención. No se acompaña de alucinaciones o de ideas delirantes. Debe durar al menos varios días seguidos.

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos: exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, acompañado de aumento de la vitalidad y varios de los siguientes síntomas: logorrea, disminución de las necesidades del sueño, optimismo excesivo, proyectos extravagantes o gastar dinero de forma excesiva. El humor puede ser irritable y receloso más que exaltado. Dura al menos una semana y es lo suficientemente grave como para alterar la vida laboral y social de forma más o menos completa.

F30.2 Manía con síntomas psicóticos: Es una forma de manía más grave, donde aparecen ideas delirantes con fuga de ideas y logorrea que pueden hacer incomprensible el lenguaje. Las ideas delirantes y las alucinaciones pueden clasificarse de congruentes y no congruentes con el estado de ánimo. La excitación y la actividad física intensas pueden dar lugar a agresiones o violencias.

El trastorno bipolar, clasificado dentro del capítulo F31, se caracteriza por la aparición de al menos dos episodios en los que existe una alteración del estado de ánimo, bien en forma de exaltación, aumento de actividad y aumento de vitalidad, bien en forma de disminución del estado de ánimo, de la vitalidad y de la actividad.

Dentro del apartado F31, esta clasificación diferencia:

F31. 0 trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.

F31. 1 trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos

F31. 2 trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos

F31. 3 trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

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

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



F31. 6 trastorno bipolar, episodio actual mixto: Sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos.

El trastorno bipolar II se caracteriza por presentar uno o más episodios depresivos mayores acompañado de al menos un episodio hipomaníaco, pero nunca episodios previos maníacos.

6.2.2. Diagnóstico diferencial ⁹

El diagnóstico diferencial se hará con otros trastornos mentales siguiendo los criterios de la CIE – 10, especialmente con las siguientes condiciones clínicas:

- Trastorno depresivo mayor recurrente
- Ciclotimia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno límite de personalidad
- Abuso de sustancias
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (p.e. esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, hipertiroidismo).

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica ^{9, 11}

Ya que los pacientes con TB presentan morbilidad física y mortalidad superiores a la población general, así como mayor mortalidad atribuible al suicidio, se debe prestar atención al estado físico del paciente. Los exámenes de laboratorio son de utilidad para realizar el diagnóstico diferencial con una enfermedad médica, así como para evaluar las posibles comorbilidades y estado basal del paciente previo al tratamiento farmacológico. Se recomiendan tener en cuenta los siguientes exámenes, según la anamnesis y el examen clínico lo amerite:

- Hemograma, numeración y fórmula, recuento de plaquetas
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Perfil hepático
- Perfil de tiroides
- Urea y creatinina
- Examen general de orina
- Test de embarazo
- VDRL, HIV
- Examen toxicológico

6.3.2. De Imágenes ¹¹

Los estudios de neuroimagen (TAC o Resonancia magnética cerebral) no son exámenes de diagnóstico del TB. Sin embargo serán recomendados en caso de que se presente antecedente de traumatismo cráneo encefálico reciente, sospecha de lesión vascular o neoplasia o de otra enfermedad neurológica en la evaluación del diagnóstico diferencial o de la comorbilidad.

6.3.2. De exámenes especializados complementarios

Se recomienda realizar evaluación psicológica que incluya perfil de personalidad, coeficiente intelectual, función cognitiva, y probable nivel de discapacidad, a fin de



determinar estado basal para futuras intervenciones de rehabilitación, dada la posibilidad de deterioro cognitivo en los pacientes con TB.

También son de utilidad para el seguimiento de la evolución de los síntomas las escalas estandarizadas, como la escala de depresión de Hamilton (Anexo 1) y la escala de manía de Young (Anexo 2)

Asimismo, se debe incluir la evaluación social y familiar de cada paciente a fin de diseñar las intervenciones psico educativas y familiares. ¹¹

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

Las medidas en el manejo del TAB incluye el manejo del estado afectivo actual (fase aguda) y la evolución a largo plazo (fases de estabilización y de mantenimiento). Ello implica entonces tres momentos en la evolución:

- **Fase aguda:** dura de 6 a 12 semanas, aproximadamente, en los episodios de manía, depresión o mixto, ya sea en primer episodio o por descompensación.
- **Fase de estabilización:** se inicia luego de haber obtenido la respuesta clínica de los síntomas agudos y termina con la remisión total del episodio, siendo su duración muy variable.
- **Fase de mantenimiento o de seguimiento:** continúa a la fase de estabilización e implica el seguimiento para la prevención de nuevos episodios.

En estas tres fases el diseño del plan de tratamiento dependerá de las características de cada paciente, la historia de la enfermedad, la respuesta a los tratamientos anteriores y el nivel de funcionalidad social y ocupacional previos. Igualmente se debe tener en consideración el refuerzo de la autoconciencia del trastorno por parte del paciente, así como la información y psicoeducación hacia la familia, y el involucramiento de esta en el tratamiento. ^{12, 13, 14}

6.4.2. Terapéutica ^{1,2, 9,}

El tratamiento debe adecuarse a las diferentes fases de la evolución del trastorno, e incluir intervenciones farmacológicas y psicosociales. Se han propuesto también otras intervenciones físicas no farmacológicas como la terapia electroconvulsiva (TEC) y la estimulación magnética transcraneal (EMT)

- Intervención farmacológica

El tratamiento farmacológico se llevará a cabo fundamentalmente con carbonato de litio, fármacos estabilizadores del ánimo (anticonvulsivos) y antipsicóticos atípicos, tanto en fase aguda, como en fases de estabilización y mantenimiento. También se recomienda el uso de antipsicóticos típicos en la fase aguda y de estabilización. El uso de antidepresivos es controversial en los episodios depresivos, debiendo restringirse a aquellos casos en que no se ha alcanzado respuesta satisfactoria al tratamiento.

Estabilizadores del ánimo:



El carbonato de litio es el medicamento de elección y con mayor evidencia de eficacia y de efectividad en las tres fases del tratamiento. Su mecanismo de acción sería a través de los sistemas de transducción de señales intracelulares. Su uso puede verse limitado por los potenciales efectos adversos indeseables y la necesidad de medir sus niveles en sangre debido a su estrecho margen terapéutico que requiere un control estricto de los niveles séricos (entre 0,6 y 1,4 mEq/L).

Los fármacos anticonvulsivos como el ácido valproico, lamotrigina y carbamazepina, que actúan como estabilizadores de la membrana celular regulando la acción de GABA y glutamato también son considerados de primera línea. Tienen diferente aplicación según el tipo de episodio y la fase de la evolución. El ácido valproico y la carbamazepina presentan evidencia de efectividad en episodios maníacos y en prevención de recaídas. La lamotrigina presenta mejores evidencias en episodio depresivo y prevención de recaídas depresivas.

Antipsicóticos:

Los antipsicóticos de primera y segunda generación, por su acción anti dopaminérgica, se indican en el tratamiento de los episodios de manía con síntomas psicóticos y en depresión con síntomas psicóticos, en asociación con un estabilizador del ánimo. Los antipsicóticos de segunda generación han demostrado eficacia en la prevención de recaídas, especialmente quetiapina y olanzapina. Quetiapina ha demostrado eficacia en monoterapia el tratamiento del episodio depresivo y en la prevención de recaídas.

Antidepresivos:

Su uso es controversial. A pesar de que por muchos años fueron ampliamente utilizados en los episodios depresivos, en las últimas revisiones no se ha hallado evidencia fuerte que recomiende su uso. Más bien se ha reportado viraje hacia síntomas de manía y empeoramiento de episodios mixtos, y pueden aumentar la frecuencia del ciclo del estado de ánimo y desarrollar ciclos rápidos. Su uso puede tener lugar en casos refractarios o en pacientes con antecedente de buena respuesta en episodios anteriores, pero siempre como tratamiento complementario de estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos, retirándolo al lograrse la remisión del episodio.

- Otras terapias físicas no farmacológicas

Terapia electroconvulsiva (TEC):

El uso de la TEC debe ser considerado cuando el paciente tiene un trastorno depresivo, maníaco o mixto grave (a menudo con síntomas psicóticos), resistente a la terapia farmacológica y con elevado riesgo de suicidio o episodios graves durante el embarazo. Se utiliza como tratamiento de primera elección en los estados de rigidez psicomotora, con síntomas catatónicos o con alto riesgo de auto-lesión.

Estimulación magnética transcraneal (EMT):

Otra terapia no farmacológica es la estimulación magnética transcraneal (EMT). Aún no se obtienen evidencia concluyente de su efectividad, aunque existen reportes favorables en la mejora de los síntomas depresivos.

Tratamiento farmacológico de la fase aguda ^{14, 15, 16, 17, 18, 19}

Consideraciones generales



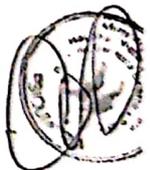
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS

- El objetivo es el control de los síntomas agudos.
- Para reducir las consecuencias negativas de los síntomas maníacos, se debe considerar aconsejar a los pacientes evitar la excesiva estimulación, participar en actividades relajantes, retrasar las decisiones importantes, y establecer una rutina estructurada, incluyendo un patrón regular de sueño, en el que el nivel de actividad se reduce.
- Si un paciente está tomando un antidepresivo al inicio de un episodio maniaco, este debe ser suspendido. Puede suspenderse de forma abrupta o gradual, dependiendo de las necesidades clínicas actuales del paciente y de la experiencia previa de supresión.
- Si una persona presenta un episodio maniaco o depresivo grave debe valorarse el ámbito más adecuado para la intervención, incluyendo la posibilidad de internamiento hospitalario.
- Las personas que experimentan un episodio maniaco o un cuadro depresivo grave en la que se opta por un tratamiento ambulatorio deben ser vistas con frecuencia, al menos dentro de la semana siguiente a su primera evaluación, y posteriormente a intervalos regulares apropiados, por ejemplo, cada 2-4 semanas en los primeros 3 meses y menos a menudo después si la respuesta es buena.

Tratamiento farmacológico de la manía aguda para los pacientes que no están tomando medicación anti maníaca

- Las opciones incluyen comenzar con litio, valproato o antipsicóticos. La elección debe tener en cuenta las preferencias para su futuro uso profiláctico, su perfil de efectos secundarios y considerar:
 - Prescribir litio o valproato si los síntomas han respondido previamente a estos fármacos y la persona ha demostrado una buena adherencia.
 - Prescribir un antipsicótico solo, o en asociación con litio o valproato, si los síntomas maníacos son graves, o si existe una alteración conductual marcada como parte del cuadro maniaco. Puede utilizarse risperidona, quetiapina, olanzapina o haloperidol.
 - Evitar el valproato en las mujeres en edad fértil
 - Utilizar el litio en monoterapia solo si los síntomas no son graves, ya que tiene un comienzo de acción más lento que los antipsicóticos y el valproato.
 - Si se trata la manía aguda con antipsicóticos, se debe tener en cuenta:
 - o los factores de riesgo individuales en función de los efectos secundarios.
 - o la necesidad de iniciar el tratamiento en los rangos más bajos de la dosis terapéutica de cada uno de los fármacos y después ir regulando según la respuesta.
 - o Si un antipsicótico resulta ineficaz a pesar de su aumento de dosis, se debe considerar la combinación con litio o valproato.
 - En casos de manía aguda resistente se puede considerar la utilización de clozapina.
 - No se recomienda carbamazepina ni oxcarbazepina de forma rutinaria para tratar la manía aguda.
 - No debe utilizarse gabapentina, lamotrigina y topiramato en el tratamiento de la manía aguda

Tratamiento farmacológico de la manía aguda para los pacientes que ya están con medicación antimaniaca



- Si está tomando un antipsicótico se debe revisar la dosis e incrementarla si es necesario. Si no hay signos de mejoría se debe añadir litio o valproato.
- Si un paciente está tomando litio y experimenta un episodio maniaco, se deben revisar los niveles plasmáticos de litio. Si están por debajo del rango óptimo se debe incrementar la dosis hasta alcanzar una litemia de 1,0 mmol/l. Si los síntomas son moderados o graves, se añadirá un antipsicótico. Igualmente, si los síntomas son leves, pero la respuesta no es adecuada, se considerará añadir un antipsicótico.
- Si un paciente está tomando valproato y presenta un episodio maniaco, se deben revisar los valores plasmáticos (50-120 mg por ml) y considerar el aumento de la dosis hasta que:
 - o los síntomas comiencen a mejorar.
 - o los efectos secundarios limiten el incremento de la dosis.
 - o si no hay signos de mejoría se añadirá un antipsicótico.
 - o los pacientes con dosis mayores de 45 mg/kg deben ser monitorizados cuidadosamente
- Para aquellos pacientes que presenten un episodio maniaco cuando ya están tomando litio o valproato, se considerará la adición de un antipsicótico al mismo tiempo que se van optimizando gradualmente las dosis de valproato o litio.
- Para aquellos pacientes que están tomando carbamazepina y presentan un episodio maniaco, no se debe incrementar la dosis de forma rutinaria. Se considerará añadir un antipsicótico, dependiendo de la gravedad de la manía y de la dosis actual de carbamazepina. Las interacciones de la carbamazepina con otros fármacos son comunes y se deben reajustar las dosis si es necesario.
- En el abordaje de pacientes con manía aguda que no hayan respondido satisfactoriamente a tratamientos con antipsicóticos (incluyendo clozapina) y litio o valproato considerar ofrecer terapia electroconvulsiva (TEC), en combinación con otros psicofármacos, para tratar el episodio.

Tratamiento farmacológico de los episodios agudos mixtos

- Se debe considerar tratar a los pacientes con un episodio agudo mixto como si se tratara de un episodio agudo maniaco y evitar la prescripción de antidepresivos.
- Se debe monitorizar a los pacientes con un episodio agudo mixto con mucha frecuencia (al menos una vez a la semana), especialmente en lo que respecta al riesgo suicida.

Tranquilización rápida en los episodios de agitación aguda

- Si un paciente con TB muestra una alteración conductual importante, o existe riesgo de que esto pueda ocurrir, se debe:
 - o Ubicar al paciente en el medio disponible con menos estímulo y con más apoyo.
 - o Revisar la seguridad y estado físico del paciente, incluyendo los niveles de hidratación, y tomar las medidas necesarias.
 - o Considerar la utilización de las técnicas de distracción y de desviación de la energía del paciente a actividades menos arriesgadas para prevenir o reducir la alteración conductual
- Una alteración conductual grave en una persona con TB se debe tratar en primer lugar, si es posible, con medicación oral antipsicótica, o una combinación de un antipsicótico y un benzodiacepina.
- Si una persona con TB tiene una alteración conductual grave que no se trata de forma efectiva con medicación oral, debe utilizarse una tranquilización rápida con



medicación antipsicótica (haloperidol) y/o benzodiacepinas en forma parenteral (diazepam, midazolam), utilizando siempre que sea posible un solo fármaco.

Tratamiento del episodio depresivo agudo

- Si una persona tiene un episodio depresivo agudo cuando está tomando una medicación estabilizadora, se debe revisar si lo está tomando a la dosis adecuada y optimizar la dosis si es necesario.
- En caso de episodio depresivo leve, se debe realizar una evaluación posterior, normalmente a las 2 semanas si:
 - o Ha tenido episodios depresivos leves que no han evolucionado a la cronicidad o a un cuadro depresivo más intenso.
 - o Se juzga que el paciente no tiene un riesgo significativo de desarrollar una depresión más grave.
 - o Si el paciente parece tener un riesgo significativo de empeoramiento o tras la revisión continúa no encontrándose bien, debe tratarse como si consistiera en una depresión grave o moderada, sobre todo cuando la alteración funcional es evidente.
- En pacientes con episodio depresivo del TB tipo I y II se recomienda el uso de quetiapina.
- Considerar la utilización de lamotrigina en episodio depresivo en TB I y II, ya sea en monoterapia o en combinación con litio, sobre todo en los pacientes con sintomatología depresiva más grave.
- No se recomienda la utilización de antidepresivos en monoterapia, especialmente en TB I. Si se utilizan, siempre deben añadirse a litio, valproato u otro estabilizador. Se debe vigilar la aparición de síntomas hipomaníacos que indiquen riesgo de viraje.
- En caso de que se considere necesario la utilización de antidepresivos se usará preferentemente un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

Respuesta incompleta al tratamiento de la depresión aguda y depresión resistente

- En caso de síntomas que no responden completamente a un tratamiento farmacológico se debe reevaluar en busca de la existencia de abuso de sustancias, estresores psicosociales, problemas de salud física, trastornos comórbidos, tales como ansiedad o síntomas obsesivos graves, o una inadecuada adherencia a la medicación. Se debe considerar:
 - o Optimizar el tratamiento farmacológico.
 - o Proveer psicoterapia focalizada en los síntomas depresivos.
 - o En casos graves resistentes, la utilización de TEC
- En caso de episodios depresivos con síntomas psicóticos considerar potenciar el tratamiento con medicación antipsicótica. En casos graves utilizar TEC.

Tratamiento farmacológico de la fase de estabilización ¹⁴

- Está orientado a obtener la remisión total de los síntomas. En general se recomienda continuar con el tratamiento farmacológico inicial por vía oral, de manera ambulatoria, incorporando progresivamente las intervenciones psicosociales.

Tratamiento farmacológico de la fase de mantenimiento ^{14, 15, 16, 17, 18, 19}

- El objetivo es el mantenimiento de la remisión y la prevención de las recaídas.



- El manejo a largo plazo es una estrategia preventiva que combina fármacos, terapia psicológica y de estilos de vida. Incluye los medicamentos con eficacia establecida para el tratamiento durante la fase de mantenimiento: litio, anticonvulsivos y antipsicóticos de segunda generación.
- En la elección del tratamiento farmacológico a largo plazo se tomará en consideración:
 - o La respuesta a tratamientos previos.
 - o El riesgo de episodios maníacos o depresivos (polaridad predominante).
 - o Factores de riesgo de salud física, en especial enfermedad renal, obesidad y diabetes.
 - o Las preferencias del paciente y el tipo de cumplimiento y adherencia previo.
 - o Sexo (el valproato se debería evitar en mujeres con probabilidad de gestación).
- Si el paciente tiene frecuentes recaídas o los síntomas se mantienen y causan alteraciones en el funcionamiento del paciente, se debe considerar el cambio a otro fármaco en monoterapia o la adición de un segundo fármaco profiláctico.
- Se deben monitorizar el estado clínico, los efectos secundarios de los fármacos indicados y los valores sanguíneos. Deben quedar documentadas las razones para la elección y la discusión con el paciente de los beneficios potenciales y de los riesgos.
- El tratamiento farmacológico a largo plazo debe prescribirse de forma individualizada y mantenerse al menos 5 años (aunque generalmente será indefinido), revisándose con el paciente en función de la presencia de factores de riesgo, como antecedentes de recaídas frecuentes, episodios psicóticos graves, abuso de drogas, acontecimientos vitales estresantes mantenidos o deficiente soporte social.
- Es esencial en el abordaje a largo plazo combinar el tratamiento farmacológico con medidas de intervención psicosocial.
- **Intervenciones psicosociales** ^{20, 21}
 - La psicoterapia individual de orientación cognitiva está recomendada en la fase de mantenimiento del trastorno. Así mismo las intervenciones en la familia, que incluyen la psicoeducación y la terapia familiar. Estas intervenciones son coadyuvantes del tratamiento farmacológico y han demostrado utilidad en la prevención de recaídas.
 - Se encuentra evidencia que los programas psicoeducacionales individuales y de cuidado sistemático son más efectivos para los síntomas maníacos que para los depresivos, especialmente aquellos orientados a mejorar la adherencia al tratamiento y el reconocimiento precoz de los síntomas.
 - Por otro lado, la terapia familiar, las estrategias cognitivas e interpersonales de afrontamiento, tales como la comunicación y las estrategias para la resolución de problemas en situaciones muy conflictivas son más efectivas para los síntomas depresivos.
 - Las terapias de remediación o rehabilitación cognitiva se emplean con regular nivel de efectividad en aquellos pacientes que presentan deterioro cognitivo, especialmente en la fase de mantenimiento de los casos con polo depresivo predominante.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento farmacológico

- **Litio:** Los más comunes son el temblor, la poliuria y polidipsia y el aumento de peso. Las reacciones tóxicas al litio se producen, en general, en función de los niveles plasmáticos. Los principales síntomas de intoxicación aguda son: náuseas, vómitos, diarrea, temblores. A mayores niveles plasmáticos corresponden reacciones graves,



como ataxia, hiperreflexia, confusión, problemas del habla (disartria), convulsiones y coma. Una terapia con litio a largo plazo puede inducir hipotiroidismo.

- **Valproato:** Los más comunes son síntomas gastrointestinales, sedación, temblor, aumento de peso, alopecia, ataxia y la elevación de las transaminasas hepáticas.
- **Carbamazepina:** Los más comunes dependen de la dosis e incluyen diplopía o visión borrosa, vértigos, sedación, ataxia, efectos secundarios gastrointestinales y hematológicos, como leucopenia benigna y más raramente agranulocitosis. La carbamazepina acelera el metabolismo de otros fármacos (antidepresivos, antipsicóticos, otros anticonvulsivos) disminuyendo su eficacia.
- **Lamotrigina:** Los efectos adversos más comunes son la dermatológicas, que incluyen prurito y rash cutáneo benigno, aunque potencialmente peligrosa potencialmente peligrosa por la posible evolución hacia el síndrome de Stevens-Johnson.

Antipsicóticos: Los antipsicóticos de primera generación (típicos) producen con frecuencia efectos extrapiramidales, síndrome parkinsoniano secundario y discinesia tardía. En mujeres se puede presentar el síndrome galactorrea amenorrea. Los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) tienen un perfil de efectos secundarios más favorable con menor incidencia de efectos extrapiramidales y cardiológicos, pero pueden provocar hiperglicemia, hiperlipidemia, aumento de peso y síndrome metabólico.

6.4.4. Signos de alarma

Durante la evolución de trastorno se consideran signos de alarma:

- Refractoriedad al tratamiento del episodio agudo con persistencia de síntomas de agitación psicomotora.
- Ideación suicida persistente.
- Cicladores rápidos con mala respuesta al tratamiento
- Comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas.

6.4.5. Criterios de alta

Los criterios de alta para la fase aguda del trastorno incluyen:

- Remisión parcial o total de los síntomas agudos.
- Comportamiento social aceptable
- Perspectiva de reinserción familiar aceptable

Luego del alta de la fase aguda se deben seguir las recomendaciones para el tratamiento en las fases de estabilización y mantenimiento.

6.4.6. Curso y Pronóstico ^{1, 8, 9}

El TB tiene un curso cíclico y recurrente, en el que se produce una media entre 7 y 9 episodios de manía o depresión a lo largo de la vida, con una duración media de 4 meses cada uno. Aunque tras los episodios anímicos puede aparecer un intervalo libre de síntomas, es frecuente la presencia de sintomatología subsindrómica entre estos episodios.

Los factores que pueden agravar el pronóstico son:

- Mayor número de síntomas depresivos subsindrómicos.
- Elevado número de episodios previos.
- Abuso de alcohol
- Altos niveles de ansiedad.
- Síntomas psicóticos, más si son no congruentes con el estado de ánimo
- Ciclación rápida.
- Presencia de episodios mixtos.
- Patrón estacional



- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y médicos.
- Deterioro cognitivo y psicosocial.
- Riesgo de suicidio.
- Auto o heteroagresividad
- Nivel socioeconómico más bajo.
- Antecedentes familiares de TB I
- Poca adherencia al tratamiento.
- Familias con elevada emoción expresada y estilo afectivo negativo (actitudes e interacciones críticas, hostiles o de sobreimplicación emocional).

6.5. COMPLICACIONES ^{1, 8, 9}

Los TB provocan una gran interferencia en las esferas laborales, familiar y social de las personas. Por otro lado, los pacientes con TB pueden tener problemas derivados de la disminución de la capacidad de juicio y de las decisiones impulsivas que pueden adoptarse en las fases maníacas (compras excesivas, ventas, préstamos, deudas y diversas conductas de riesgo).

La complicación más importante es la alta tasa de suicidio, que puede alcanzar el 10% en los casos graves. Estudios refiere que hasta el 50% de pacientes con TB ha tenido al menos un intento de suicidio en su vida. Los factores de riesgo que incrementan el riesgo de suicidio son ser varón, consumir drogas o alcohol, impulsividad y ansiedad, tener sucesos vitales estresantes recientes y antecedentes familiares de suicidio.

En la valoración y plan de tratamiento deben considerarse estos fenómenos clínicos que agravan el pronóstico de la enfermedad. La mortalidad de los pacientes bipolares, en conjunto, es mayor respecto a la población general, tanto en muertes naturales como no naturales. La probabilidad de morir por suicidio es 15 veces mayor que la de la población general, por lo que la valoración del riesgo de un paciente bipolar es una tarea imprescindible.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.6.1. Referencia

- Paciente con diagnóstico de TB se recomienda realizar la intervención temprana en los servicios clínicos de salud mental (los cuales cuentan con un psiquiatra). Se debe procurar proporcionar la disponibilidad de opciones farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y educativas.
- La referencia a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutoria, se puede realizar hacia un centro de mayor nivel (que incluya los centros de salud mental comunitaria) por medio del miembro del servicio de salud o el cuidador.

6.6.2. Contrarreferencia

- Una vez lograda la remisión de la fase aguda se envía la responsabilidad del cuidado de la salud mental del paciente al establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede el paciente para el tratamiento de las fases de estabilización y mantenimiento.

6.7. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

(Adaptado de Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012)¹⁴

P.

- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y médicos.
- Deterioro cognitivo y psicosocial.
- Riesgo de suicidio.
- Auto o heteroagresividad
- Nivel socioeconómico más bajo.
- Antecedentes familiares de TB I
- Poca adherencia al tratamiento.
- Familias con elevada emoción expresada y estilo afectivo negativo (actitudes e interacciones críticas, hostiles o de sobreimplicación emocional).

6.5. COMPLICACIONES ^{1, 8, 9}

Los TB provocan una gran interferencia en las esferas laborales, familiar y social de las personas. Por otro lado, los pacientes con TB pueden tener problemas derivados de la disminución de la capacidad de juicio y de las decisiones impulsivas que pueden adoptarse en las fases maníacas (compras excesivas, ventas, préstamos, deudas y diversas conductas de riesgo).

La complicación más importante es la alta tasa de suicidio, que puede alcanzar el 10% en los casos graves. Estudios refiere que hasta el 50% de pacientes con TB ha tenido al menos un intento de suicidio en su vida. Los factores de riesgo que incrementan el riesgo de suicidio son ser varón, consumir drogas o alcohol, impulsividad y ansiedad, tener sucesos vitales estresantes recientes y antecedentes familiares de suicidio.

En la valoración y plan de tratamiento deben considerarse estos fenómenos clínicos que agravan el pronóstico de la enfermedad. La mortalidad de los pacientes bipolares, en conjunto, es mayor respecto a la población general, tanto en muertes naturales como no naturales. La probabilidad de morir por suicidio es 15 veces mayor que la de la población general, por lo que la valoración del riesgo de un paciente bipolar es una tarea imprescindible.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.6.1. Referencia

- Paciente con diagnóstico de TB: se recomienda realizar la intervención temprana en los servicios clínicos de salud mental (los cuales cuentan con un psiquiatra). Se debe procurar proporcionar la disponibilidad de opciones farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y educativas.
- La referencia a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutoria, se puede realizar hacia un centro de mayor nivel (que incluya los centros de salud mental comunitaria) por medio del miembro del servicio de salud o el cuidador.

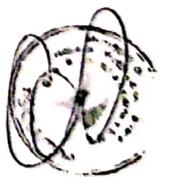
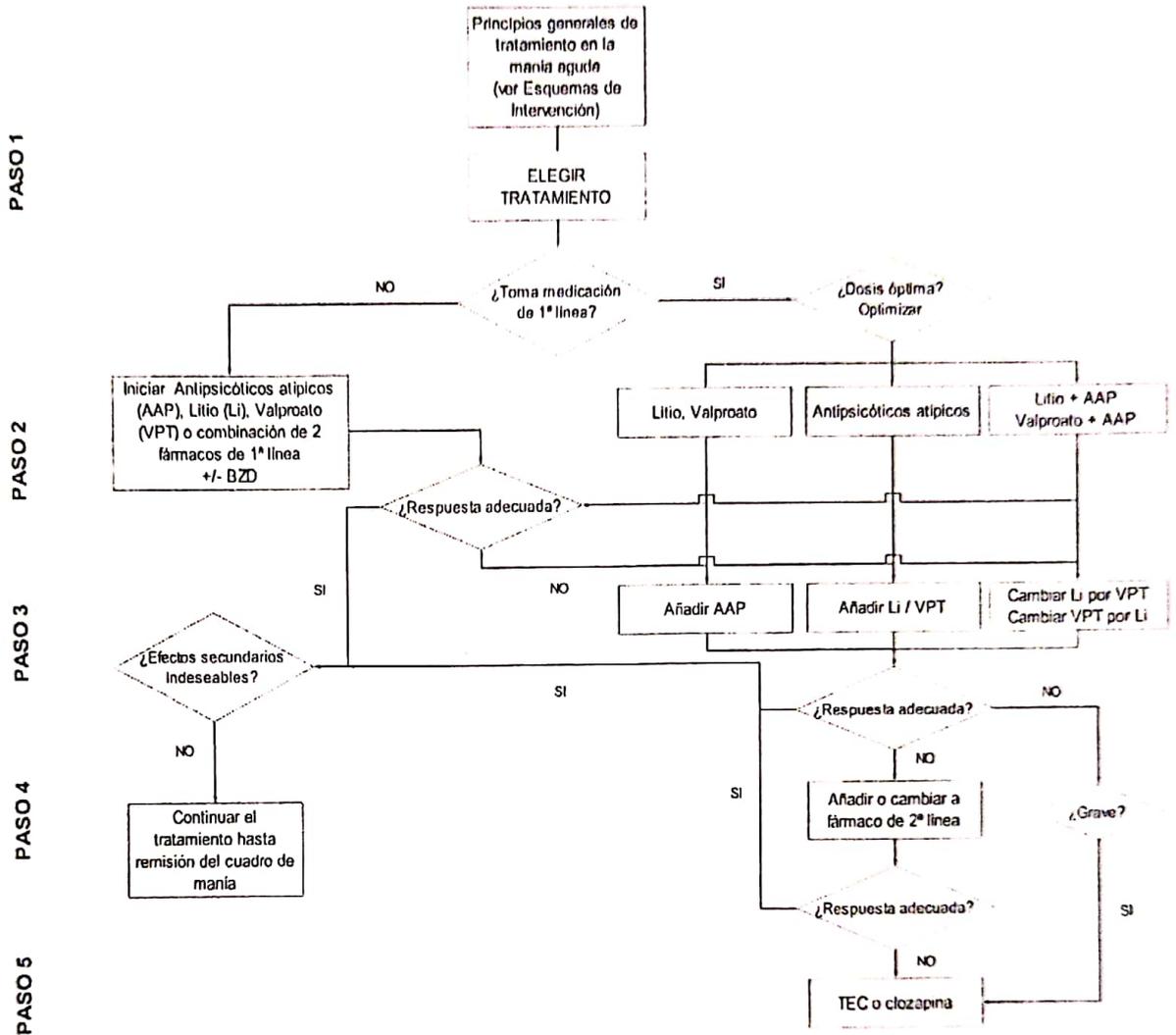
6.6.2. Contrarreferencia

- Una vez lograda la remisión de la fase aguda se envía la responsabilidad del cuidado de la salud mental del paciente al establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede el paciente para el tratamiento de las fases de estabilización y mantenimiento.

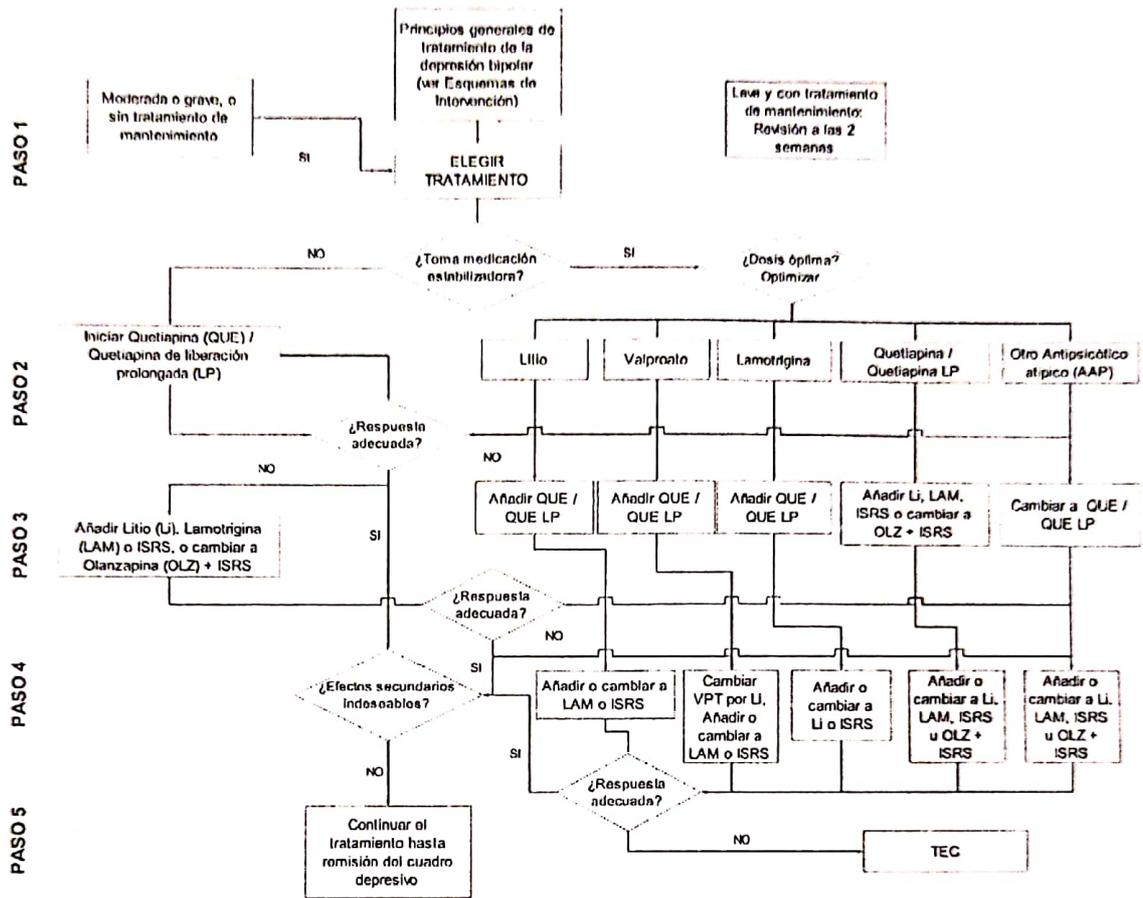
6.7. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

(Adaptado de Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012)¹⁴

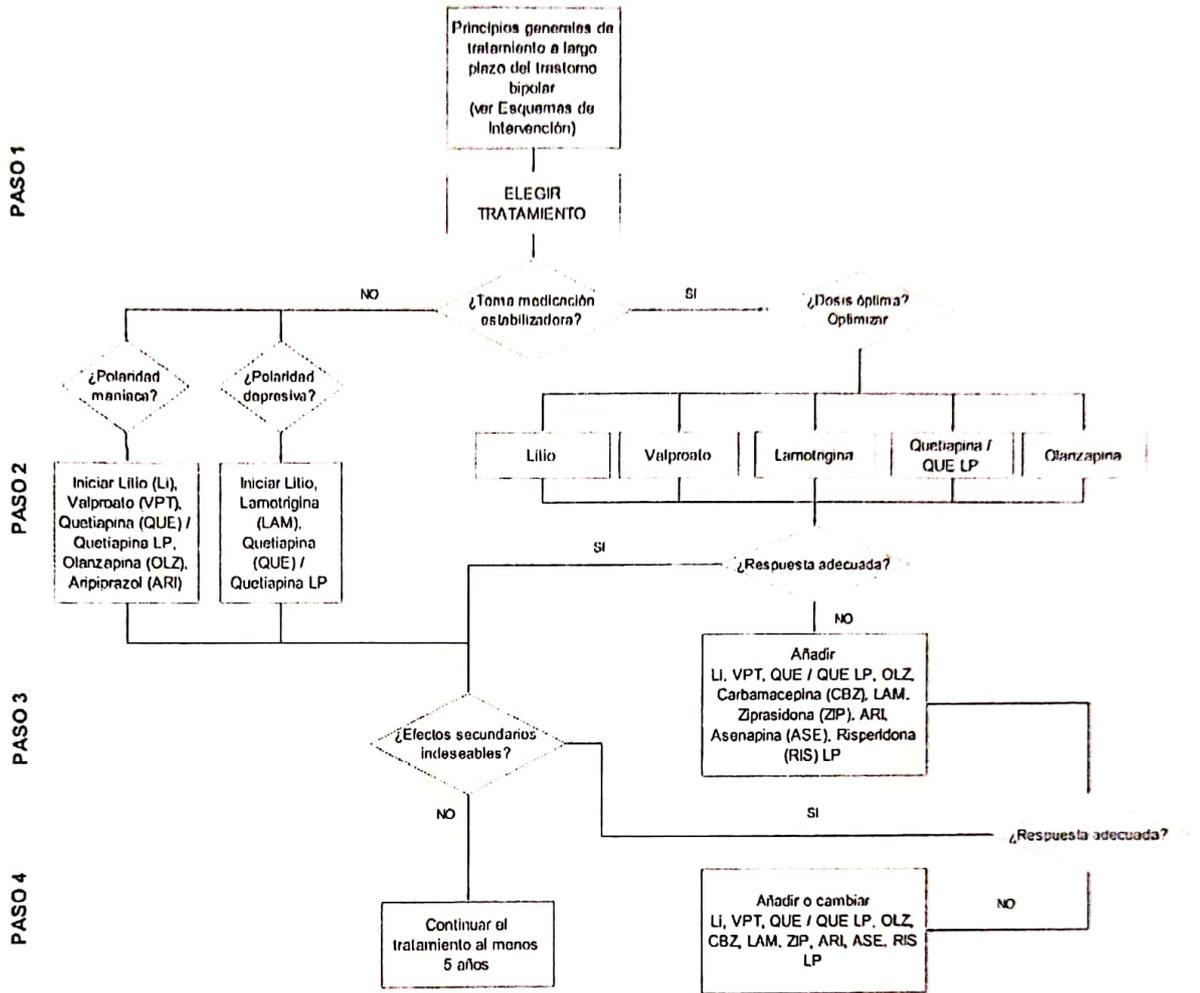
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA MANÍA AGUDA



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN BIPOLAR



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE MANTENIMIENTO



VII. ANEXOS

Anexo 1: Escala de Hamilton para la evaluación de la Depresión

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Punto de corte:

- 0-7 Estado normal.
- 8-13 Depresión leve,
- 14-18 Depresión moderada
- 19-29 Depresión severa,
- 30-52 Depresión muy severa



Anexo 2: Escala de Young para la evaluación de la Manía

<p>1. <i>Euforia</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta</p> <p>2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre</p> <p>3. Elevada e inapropiada</p> <p>4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.</p>
<p>2. <i>Hiperactividad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Subjetivamente aumentada</p> <p>2. Vigoroso/a, hipergestual</p> <p>3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a)</p> <p>4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)</p>
<p>3. <i>Impulso sexual</i></p> <p>0. Normal, no aumentado</p> <p>1. Posible o moderadamente aumentado</p> <p>2. Claro aumento al preguntar</p> <p>3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales</p> <p>4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)</p>
<p>4. <i>Sueño</i></p> <p>0. No reducido</p> <p>1. Disminución en menos de 1 hora</p> <p>2. Disminución en más de 1 hora</p> <p>3. Refiere disminución de la necesidad de dormir</p> <p>4. Niega necesidad de dormir</p>
<p>5. <i>Irritabilidad</i></p> <p>0. Ausente</p> <p>2. Subjetivamente aumentada</p> <p>4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado</p> <p>6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante</p> <p>8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible</p>
<p>6. <i>Expresión verbal</i></p> <p>0. No aumentada</p> <p>2. Sensación de locuacidad</p> <p>4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional</p> <p>6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva</p> <p>8. Verborrea ininterrumpible y continua</p>
<p>7. <i>Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento</p> <p>2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia</p> <p>3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalia</p> <p>4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible</p>
<p>8. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i></p> <p>0. Ausentes</p> <p>2. Planes discutibles, nuevos intereses</p> <p>4. Proyectos especiales, misticismo</p> <p>6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia</p> <p>8. Delirios, alucinaciones</p>
<p>9. <i>Agresividad</i></p> <p>0. Ausente, colaborador/a</p> <p>2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a</p> <p>4. Querulante, pone en guardia</p> <p>6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil</p> <p>8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible</p>
<p>10. <i>Apariencia</i></p> <p>0. Higiene e indumentaria apropiada</p> <p>1. Ligeramente descuidada</p> <p>2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada</p> <p>3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo</p> <p>4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante</p>
<p>11. <i>Conciencia de enfermedad</i></p> <p>0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento</p> <p>1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a</p> <p>2. Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad</p> <p>3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad</p> <p>4. Niega cualquier cambio de conducta</p>

Punto de corte: Mayor o igual a 20 manía moderada, Mayor o igual a 30 manía grave.



VIII: BIBLIOGRAFÍA

1. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, directores. Tratado de psiquiatría clínica. 5a. ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. p. 481-561.
2. Ramírez Vargas X, Arias Leal M, Madrigal Zamora S. Actualización del trastorno afectivo bipolar. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/572>
3. Rutten B, Mill J. Epigenetic Mediation of Environmental Influences in Major Psychotic Disorders Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 6 pp. 1045–1056, 2009. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762629/pdf/sbp104.pdf>
4. Uher R. Gene–environment interactions in severe mental illness. Frontiers in psychiatry. Volumen 5, 2014. Disponible en <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2014.00048/full>
5. Black D, Andreasen N. Introductory textbook of psychiatry. 6th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2016
6. Hospital Víctor Larco Herrera. Guía de Práctica Clínica para Atención de Pacientes con Trastorno Bipolar F31 CIE 10. 2014
7. Fiestas F, Piazza M. Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):39-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a06v31n1.pdf>
8. Mendoza L, Galindo JR, Munguía J. Elementos Predictores del Trastorno Bipolar. Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría. Vol. 10 - No. 2, 2016. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-5.pdf>
9. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
10. American Psychiatric Association. DSM – 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
11. Zarabanda Suárez M y col. Trastorno bipolar. Medicine. 2015;11(85):5075-85
12. Bravo M y col. Conferencia de consenso: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. Medicina Clínica. 2013, 141,7, Pages 305.e1-305.e10
13. Clínica Monserrat. Guía de Práctica Clínica Trastorno Afectivo Bipolar ICSN 2015. Disponible en: <https://www.clinicamontserrat.com/co/web/documents/Guias%20de%20practica%20clinica/guias/GUIA%20TAB.pdf>
14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012. Disponible en http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN ADULTOS

15. American Psychiatric Association. Treatment of Patients With Bipolar Disorder, Second Edition: American Psychiatry Association; 2002. Disponible en https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf
16. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMAT. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorders: consensus and controversias. Bipolar Disorders 2005; 7(Suppl. 3): 5–69. Disponible en http://www.cercle-d-excellence-psy.org/fileadmin/cep_files/CANMAT_bipolar_guidelines_2005.pdf
17. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGÉ del Trastorno Bipolar. Series Guías Clínicas MINSAL 2013 Disponible en <https://www.minsal.cl/portal/url/item/db835d0231c5115fe0400101640126b7.pdf>
18. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline. 2014. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
19. National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care The British Psychological Society and Gaskell; 2006. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29718639/>
20. Miklowitz D. Tratamiento coadyuvante para el Trastorno Bipolar: Actualización de las Evidencias. RET, Revista de Toxicomanías. Nº. 77 – 2016. Disponible en https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_78_trastorno_bipolar.pdf
21. Vieta E, Pacchiarotti I, Scott J, Sanchez-Moreno J, Di Marzo S y Colom F. Evidence-based research on the efficacy of psychologic interventions in bipolar disorders: a critical review. Current psychiatry reports, 2005; 7 (6): 449-455. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11920-005-0066-8>
22. Ministerio de Salud del Perú. Noema Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3300.pdf>





MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN
ADULTOS**

**Actualización
2021**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ADULTOS

INDICE

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO PARA ESTANDARIZAR
 - 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 5.1. DEFINICIÓN
 - 5.2. ETIOLOGÍA
 - 5.3. FISIOPATOLOGÍA
 - 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
 - 5.5.1. Medio ambiente
 - 5.5.2. Estilos de vida
 - 5.5.3. Factores hereditarios
- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - 6.1. CUADRO CLÍNICO
 - 6.1.1. Signos y síntomas
 - 6.2. DIAGNÓSTICO
 - 6.2.1. Criterios diagnósticos
 - 6.2.2. Diagnóstico diferencial
 - 6.3. EXÁMENES AUXILIARES
 - 6.3.1. De patología clínica
 - 6.3.2. De imágenes
 - 6.3.3. De exámenes auxiliares complementarios
 - 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - 6.4.1. Medidas generales y preventivas
 - 6.4.2. Terapéutica
 - 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento
 - 6.4.4. Signos de alarma
 - 6.4.5. Criterios de alta
 - 6.4.6. Pronóstico
 - 6.5. COMPLICACIONES
 - 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
 - 6.7. FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN
- VII. ANEXOS
- VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ADULTOS

I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica aborda recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en adultos, las cuales, dirigidas a disminuir la variabilidad en el manejo clínico, mejorar la calidad y reducir la inequidad en la atención de las personas con este diagnóstico tanto en el ámbito institucional como comunitario.

II. OBJETIVO

Brindar a los profesionales de salud mental recomendaciones informadas en evidencia para el diagnóstico, tratamiento farmacológico y psicológico del TOC en adultos.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica es de aplicación obligatoria para todo el personal de salud que labora en el Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Con relación al diagnóstico de TOC, la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10) de la Organización Mundial de la Salud, actualmente vigente, establece criterios para diagnosticar los trastornos mentales, entre los que se encuentra el TOC, estando por tanto ya estandarizado en la práctica clínica (1).

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

El TOC está incluido con el código F42 en el grupo de los Trastornos de ansiedad de la CIE - 10. Sin embargo, recientes clasificaciones, como la CIE - 11 y el DSM 5, lo ubican en una categoría independiente como TOC y otros trastornos relacionados, pues se entiende que la ansiedad en el TOC sería secundaria al conflicto ocasionado por el pensamiento obsesivo y/o los actos compulsivos, los cuales se constituyen en la patología primaria.

En estas nuevas clasificaciones, junto al TOC, se incluyen otros trastornos que también presentan pensamientos, preocupaciones y conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a los pensamientos. En el DSM 5 (2) y la CIE -11 (3) estos trastornos son el trastorno dismórfico corporal, el trastorno por acumulación, la tricotilomanía, el trastorno por excoriación y los trastornos obsesivos compulsivos secundarios a sustancias, medicamentos o afecciones médicas. La CIE - 11 incluye además a la hipocondría y el trastorno de referencia olfativa.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por la presentación de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones se definen como pensamientos, representaciones o impulsos —recurrentes y persistentes— que se presentan en contra de la voluntad de la persona, pero que se imponen a la conciencia de esta y le generan ansiedad. A su vez, las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que la persona se siente obligada a realizar, ya sea en respuesta a una obsesión o de forma estereotipada, para cumplir con un ritual y reducir la ansiedad.

Las obsesiones y compulsiones generalmente coexisten, aunque en un 20 a 30% de casos se presentan obsesiones sin compulsiones. En estos casos, los pensamientos se dan en forma de rumiaciones (p. ej., pensamientos reiterativos recreando una y otra vez un hecho



para asegurarse de que no sucedió como el sujeto teme que habría sucedido). También se ha descrito una forma en la que predomina una lentitud excesiva para realizar las actividades con menos manifestaciones de ansiedad.

Actualmente, se identifican 4 dimensiones clínicas o «síndromes» fundamentales en TOC: contaminación/limpieza, duda/comprobación, orden/simetría y obsesiones sexuales/religiosas. Las obsesiones de acumulación, también frecuentes, se ubican ahora como propias del trastorno de acumulación. Se estima que estos síndromes explican más del 60% de la varianza de los casos, pero que no son excluyentes entre sí, por lo que pueden coexistir en un mismo paciente (4).

5.1 DEFINICIONES

Respuesta: Reducción de los síntomas en, al menos, el 50% de los presentados al inicio del tratamiento, idealmente tomando como referencia una escala estandarizada.

Remisión: Disminución significativa o total de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal, de por lo menos una semana de duración. Ya no se cumplen los criterios diagnósticos del cuadro clínico. La remisión es el objetivo del tratamiento de la fase aguda, el cual debe mantenerse hasta lograr la recuperación.

Recuperación: Remisión sostenida durante un período de por lo menos 8 semanas en el que se ha mantenido la remisión de los síntomas. Es preciso diferenciar entre recuperación sindrómica (ausencia de episodio afectivo con criterios diagnósticos), recuperación sintomática (ausencia de síntomas desde una perspectiva dimensional) y recuperación funcional (regreso al nivel previo laboral y psicosocial).

Recaída: Reaparición de sintomatología durante la remisión o durante la recuperación.

Recurrencia: Reaparición de sintomatología después de la recuperación.

5.2 ETIOLOGÍA

La etiopatogenia del TOC es polifactorial. Existen evidencias que indican la combinación de factores biológicos y psicosociales en su génesis (5), (6).

Factores Biológicos

- Genéticos. La frecuencia de TOC en familiares de primer grado de adultos con TOC es el doble que entre los familiares de primer grado que no lo tienen. Los estudios en gemelos indican que la concordancia es más alta en gemelos monocigóticos (57%) que en los dicigóticos (22%).
- Bioquímicos. Existe evidencia del compromiso de la actividad de serotonina, comprobada por la eficacia terapéutica de los antidepresivos que bloquean su recaptación (clomipramina, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina). Se ha descrito también hiperactividad dopaminérgica a nivel de región orbitofrontal.
- Neuroimagen. Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) y con tomografía computarizada de emisión de fotones (SPECT) demuestran hiperactivación del córtex orbitofrontal que se reduce en respuesta al tratamiento. Otras áreas implicadas son el cíngulo anterior, el cuerpo estriado y el tálamo.



Factores Psicológicos

- Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje los síntomas obsesivos se iniciarían con una respuesta ansiosa a la preocupación ante un factor ambiental específico, por ejemplo: temor a contaminarse (condicionamiento clásico). Luego de esto, la persona recurriría a rituales como lavarse las manos en forma compulsiva, con lo que lograría alejar el pensamiento y reducir la ansiedad. Al conseguir la reducción de la ansiedad con los rituales, la posibilidad de repetirse en el futuro sería mucho mayor (condicionamiento operante). Las técnicas conductuales, basadas en esta hipótesis, han demostrado ser muy útiles en el tratamiento.
- Para el psicoanálisis, las obsesiones son resultante de una fijación a niveles pregenitales y fenómenos regresivos a la etapa anal-sádica, en que un yo débil se enfrenta a un *superyó* muy estricto y cruel, que utiliza mecanismos de anulación, formación reactiva, aislamiento y racionalización que le permiten controlar imperfectamente sus pulsiones agresivas. Aunque las explicaciones psicodinámicas del TOC tuvieron gran atención en el pasado, no han sido útiles para el tratamiento.

Factores Sociales

- Se ha asociado el TOC con culturas rígidas, exigentes y autoritarias, donde los valores educativos predominantes son el exagerado cumplimiento de las normas morales y religiosas, así como un excesivo énfasis en la limpieza, el orden y la culpa. También se han descrito antecedentes de sistemas de crianza rígidos y sobreprotectores.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

- En el TOC existiría una disfunción en el circuito que conecta la corteza orbitofrontal con los ganglios basales y el tálamo, y a este con la corteza orbitofrontal. Se produciría una hiperactivación anormal de la corteza orbitofrontal y un déficit de la inhibición que deberían ejercer los ganglios basales sobre el tono talámico. Esto lleva a una hiperfunción con la consiguiente desinhibición talámica y la perpetuación de la excitación anómala y reverberante de la corteza orbitofrontal. Así, los pensamientos repetitivos que deben ser filtrados a nivel de los ganglios basales no lo son de manera adecuada y se produce un circuito que retroalimenta permanentemente a la corteza con los mismos pensamientos (7).
- Se estima que esta anomalía estaría fundamentalmente producida por una disfunción de la neurotransmisión mediada por serotonina y glutamato. Los mecanismos específicos aún son discutidos, por lo que no se descarta la implicación de otros sistemas de neurotransmisores (8).

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Estudios epidemiológicos tempranos indicaban una prevalencia de vida baja en la población general (no mayor del 0.5%). No obstante, estudios actuales sitúan al TOC entre un 2-3.3% de la población. Los estudios epidemiológicos realizados en Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi indican una prevalencia de 2.5%, en 1989, así como de 1.6% en Lima Metropolitana y Callao y 0.4% para la sierra, en 2002 (9).



- El riesgo de presentar TOC es similar entre hombres y mujeres, aunque el inicio suele ser más temprano en los hombres. La mayoría de los pacientes son solteros, especialmente los varones. El nivel socioeconómico y cultural no parece ser una variable discriminante. Los pacientes con TOC presentan niveles normales de inteligencia.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- 5.5.1 **Medio ambiente:** Un 50-70 % de pacientes inician los síntomas luego de un acontecimiento estresante como el embarazo, problemas de pareja, experiencias de culpa, enfermedades, duelo, etc. Con frecuencia intentan ocultar los síntomas por vergüenza o por considerarlos absurdos y solicitan atención varios años después (8).
- 5.5.2 **Estilos de vida:** Los estilos de crianza rígidos y sobreprotectores.
- 5.5.3 **Factores hereditarios:** El antecedente de tener padres u otros miembros de la familia con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollar trastorno obsesivo compulsivo.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y síntomas

Los síntomas característicos del TOC son las obsesiones y las compulsiones, las cuales se presentan en forma indeseada y repetitiva y afectan significativamente el bienestar del sujeto (4, 5, 6).

Obsesiones: son pensamientos, imágenes o impulsos que son vivenciadas por el sujeto como propios, pero molestos, intrusos y desagradables (egodistónicos). El contenido de los pensamientos es muy diverso, los más frecuentes son los de contaminación (por ejemplo, al dar la mano, al tocar algún objeto), de dudas (p. ej., haber cerrado la puerta o apagado la cocina) y los de necesidad de orden y simetría. También son frecuentes imágenes e impulsos de agresividad o violencia (p. ej., hacer daño a un ser querido), de contenido sexual (agresión sexual) o de dudas sobre la orientación sexual. El sujeto generalmente ofrece resistencia a las obsesiones, intenta suprimirlas o neutralizarlas con otros pensamientos o con una conducta, lo que produce una lucha interna que le genera ansiedad.

Compulsiones: son comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza en respuesta a una obsesión con el fin de evitar o disminuir la ansiedad y el malestar que esta le causa. No son actos placenteros en sí mismos y no dejan de llevar una carga de ansiedad. Las compulsiones más frecuentes son las de limpieza, en respuesta a las obsesiones de contaminación (p. ej., lavarse las manos repetidamente), y las de comprobación y chequeo, en respuesta a las obsesiones de duda (p. ej., revisar cada cinco minutos si se ha cerrado correctamente la puerta). También se producen compulsiones en forma de actos mentales para neutralizar pensamientos obsesivos (p. ej., rezar para neutralizar pensamientos obscenos) o rituales no relacionados en sí con el pensamiento obsesivo, pero en los que el sujeto espera reducir el malestar (p. ej.,



contar hasta diez y, luego, a la inversa repetidas veces por cada pensamiento intrusivo que se produce, como en los de contenido agresivo o sexual).

6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios diagnósticos

En la población general, se puede experimentar durante la vida pensamientos obsesivos o compulsiones sin que tengan mayor trascendencia ni duración. Estos ocurren en situaciones de estrés, agotamiento o preocupación por algún hecho concreto y desaparecen al resolverse el conflicto (p. ej., el temor a haber contraído una enfermedad de transmisión sexual desaparece al comprobar los resultados negativos de los análisis).

En los casos de las personas que sufren de TOC, los síntomas son continuos y persistentes, no obedecen solamente a una situación reactiva y se imponen a la conciencia de la persona pese a que esta reconoce que son excesivos y no razonables. La resistencia no logra suprimirlos y, debido a la ansiedad que le ocasionan, termina cediendo ante ellos e incorporándolos a su vida diaria, con el consiguiente malestar e interferencia en su rutina.

Si bien en la mayoría de los casos el sujeto reconoce lo irrazonable de sus síntomas, existen formas clínicas con poca introspección o con ausencia de introspección, en cuyo caso los pensamientos pueden tornarse en delirantes.

La 10ª Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la OMS (1) clasifica al TOC con el código F42 y considera los siguientes criterios para su diagnóstico:

A. Presencia de obsesiones o compulsiones (o ambas) la mayor parte de los días durante un período de al menos dos semanas.

B. Las obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes) y las compulsiones (actos) comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas:

1. El paciente reconoce que se originan en su mente y no son impuestas externamente por personas o influencias.
2. Son reiteradas y desagradables, y debe haber al menos una obsesión o una compulsión que el paciente reconoce como excesiva o irracional.
3. El paciente intenta resistirse a ellas (aunque la resistencia a obsesiones o compulsiones de larga evolución puede ser mínima). Debe haber al menos una obsesión o una compulsión que es resistida sin éxito.
4. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).

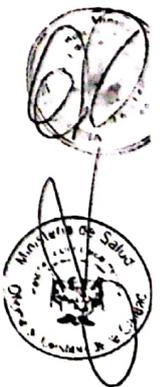
C. Las obsesiones o las compulsiones producen malestar o interfieren con el funcionamiento social o individual del paciente, normalmente por el tiempo que consumen.

D. Las obsesiones o las compulsiones no son resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos relacionados, o trastornos del humor (afectivos).

El diagnóstico puede especificarse más con los siguientes códigos para el cuarto carácter:

F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas: Pueden tomar la forma de ideas, imágenes mentales o impulsos a actuar, que casi siempre causan malestar al sujeto. Algunas veces las ideas son consideraciones indecisas y sin término de alternativas que se acompañan de incapacidad para

tomar decisiones triviales, pero necesarias en la vida día a día. La relación entre



rumiaciones obsesivas y depresión es especialmente próxima, y el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo sólo es preferible hacerlo si las rumiaciones aparecen o persisten en ausencia de un episodio depresivo.

F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos): La mayoría de los actos compulsivos se relacionan con la limpieza (en particular el lavado de las manos), con comprobaciones repetidas para asegurarse de que se han prevenido situaciones potencialmente peligrosas, de pulcritud y orden. En esta conducta manifiesta subyace miedo, habitualmente a causar o ser objeto de un peligro, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico de impedir ese peligro.

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Trastornos fóbicos
- Trastornos depresivos
- Esquizofrenia con síntomas obsesivos
- Trastornos orgánico-cerebrales crónicos (particularmente la epilepsia).
- Trastorno de personalidad obsesiva (anancástica).
- Otros trastornos del espectro obsesivo:
 - o Trastorno dismórfico corporal,
 - o Trastorno de acumulación,
 - o Tricotilomanía
 - o Trastorno de excoriación.(Estos trastornos de núcleo obsesivo, pero de menor frecuencia que el TOC, comparten de manera general su enfoque terapéutico).

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

Los exámenes de laboratorio son de utilidad para realizar el diagnóstico diferencial con una enfermedad médica, así como para evaluar las posibles comorbilidades y estado basal del paciente previo al tratamiento farmacológico. Se recomiendan tener en cuenta los siguientes exámenes, según la anamnesis y el examen clínico lo amerite:

- Hemograma, numeración y fórmula, recuento de plaquetas
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Perfil hepático
- Perfil de tiroides
- Urea y creatinina
- Examen general de orina
- Test de embarazo
- VDRL, HIV
- Examen toxicológico

6.3.2. De Imágenes



Los estudios de neuroimagen estructural (TAC o Resonancia magnética cerebral) no son estudios de diagnóstico de TOC. Están recomendados en caso de que se presente antecedente de traumatismo craneo encefálico reciente, sospecha de lesión vascular o neoformativa o de otra enfermedad neurológica en la evaluación del diagnóstico diferencial o de la comorbilidad. Los estudios de neuroimagen funcional (SPECT, PET) no son necesarios para el diagnóstico, salvo casos de duda razonable; son en cambio muy útiles en investigación, especialmente para verificar eficacia de los tratamientos.

6.3.2. De exámenes especializados complementarios

Se recomienda realizar evaluación psicológica que incluya perfil de personalidad, coeficiente intelectual, función cognitiva, y probable nivel de discapacidad, a fin de determinar estado basal para futuras intervenciones de rehabilitación

Asimismo, se debe incluir la evaluación social y familiar de cada paciente a fin de diseñar las intervenciones psicoeducacionales y familiares.

Se recomienda el uso de escalas de evaluación para identificar el estado basal de los síntomas y la evolución de estos. Se recomienda la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS) (Anexo 1) que cuenta con validaciones en nuestro país (10, 11, 12).

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

El tratamiento de elección es la combinación de medidas farmacológicas y psicoterapéuticas. Si bien tanto el tratamiento farmacológico como la psicoterapia pueden ser eficaces independientemente, las tasas de mejoría son mayores cuando se dan en forma simultánea. La psicocirugía ha demostrado ser útil en casos refractarios a todo tratamiento instalado.

6.4.2. Terapéutica

Tratamiento Farmacológico

Esquema de inicio:

- Recomienda el uso de antidepresivos con efecto sobre la transmisión serotoninérgica, como la clomipramina y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).
- Las dosis son mayores que las utilizadas en depresión, usualmente el doble. Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis mínima e ir aumentando cada dos semanas. Las dosis efectivas promedio y las dosis máximas recomendadas por día son 150-300 mg para clomipramina, 40-80 mg para fluoxetina, 40 – 80 para paroxetina, 100-200 mg para sertralina, 200-300 mg para fluvoxamina. En el caso de citalopram y escitalopram se recomienda no superar la dosis de 40 mg y 20 mg respectivamente dado el riesgo de prolongación del intervalo Q-T en dosis mayores.
- El inicio de la acción es más lento que en depresión, suele ocurrir a la quinta semana del tratamiento y la instalación total del efecto entre las semanas décima a duodécima. Para considerar que un esquema terapéutico ha sido completo se debe



- haber administrado por 8 – 12 semanas, manteniendo dosis máximas del fármaco por 4 a 6 semanas
- La duración óptima del tratamiento de continuación es desconocida. Cuando el tratamiento farmacológico ha sido eficaz se recomienda mantenerlo durante 1-2 años antes de considerar una retirada gradual. Las interrupciones del tratamiento antes del año producen recaídas hasta en un 90% por lo cual deben ser evitadas.
- Cuando se considere conveniente mantener el tratamiento por mayor tiempo, debe revisarse periódicamente la necesidad de continuar con el tratamiento.
- Se considera una recuperación cuando hay ausencia total de síntomas durante un periodo de ocho semanas, aunque esto solo se logra en un 12% de los casos luego de dos años de seguimiento. La remisión parcial equivale a la persistencia de síntomas con una duración inferior a una hora diaria durante ocho semanas, lo cual es observable en un 47% de casos en dos años de seguimiento.
- Los ansiolíticos benzodiazepínicos (clonazepam, alprazolam) pueden usarse como fármacos coadyuvantes desde el comienzo del tratamiento pues producen mejoría de la ansiedad asociada, aunque no tienen efecto directo sobre las obsesiones.

Optimización o sustitución del tratamiento:

- Se debe considerar un fracaso terapéutico si no se obtiene respuesta luego de un ensayo terapéutico de 8-12 semanas, con al menos 4-6 semanas a la dosis más elevada que sea tolerable, lo cual puede ocurrir hasta en un 40% de paciente. En ese caso se recomienda el cambio a otro ISRS o a clomipramina, siguiendo las mismas pautas que en el primer ensayo terapéutico, y agregar psicoterapia cognitivo conductual

Potenciación:

- Si no se ha conseguido respuesta a un ensayo completo con al menos un ISRS en monoterapia, un tratamiento combinado de TCC (incluyendo EPR) y un ISRS, y un ensayo completo de clomipramina, se debería considerar la opción de añadir un antipsicótico al tratamiento con el ISRS o clomipramina. La evidencia de eficacia es superior para aripiprazol, risperidona y haloperidol (13). Hay menor evidencia con quetiapina y no se recomienda clozapina, por probable aumento de obsesiones.

Otras opciones farmacológicas:

- Existen otras opciones terapéuticas que no cuentan con evidencia suficiente para que pueda recomendarse su utilización de forma general; su uso debe considerarse si han fracasado las opciones terapéuticas recomendadas y después de haberse valorado las circunstancias individuales de cada caso. Entre estas opciones se encuentran:
 - La combinación de clomipramina con un ISRS, con o sin terapia cognitivo-conductual (TCC).
 - Anticonvulsivos: carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, valproato
 - Antidepresivos IRSN: venlafaxina.
 - Moduladores glutamatérgicos: N-acetilcisteína, memantina.
- Los fracasos en el tratamiento farmacológico están relacionados con haber utilizado un fármaco inapropiado o poco efectivo, haber empleado el fármaco correcto, pero a dosis insuficientes, una duración corta del tratamiento, no haber asociado terapia de la conducta o a un mal cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

Tratamiento Psicológico

- Se recomienda el uso de psicoterapia cognitiva conductual (TCC) en todas las fases del tratamiento. En los casos leves se puede optar por utilizar solo TCC o en forma adjunta al tratamiento farmacológico. Ante un primer fracaso en tratamiento



farmacológico se debe usar la TCC en asociación con el fármaco sustituto. No se puede considerar a un cuadro de TOC como refractario o resistente al tratamiento si no se ha utilizado TCC:

- Las técnicas utilizadas recomendadas son la exposición en vivo o imaginaria con prevención de respuesta (EPR) y el bloqueo del pensamiento con anticipación de respuesta. La mejoría se produce en alrededor de veinte sesiones, con una frecuencia de una sesión por semana y por un tiempo no menor a doce meses. Se recomienda calendarizar las sesiones con una frecuencia establecida previamente y con evaluación periódica. También pueden coadyuvar en el tratamiento la terapia de aceptación y compromiso y el entrenamiento en relajación progresiva (5, 8)
- La eficacia de las técnicas conductuales es equiparable a la del tratamiento farmacológico en casos leves a moderados, con mejor resultado en casos donde predominan los rituales. Reportes indican que 60-70% de las personas que concluyen el tratamiento durante un año obtienen una mejoría importante; sin embargo, 30-40% abandona la terapia en las primeras sesiones y un número significativo no acepta participar en ellas (5).

Otros tratamientos

- Estimulación magnética transcraneal (EMT): ofrece resultados positivos de acuerdo con una serie de reportes, aunque no supera a la terapia farmacológica.
- Estimulación cerebral profunda (ECP), técnica neuroquirúrgica menos invasiva que busca modular la actividad cerebral a través de la aplicación de electrodos, con la cual se han obtenido resultados satisfactorios en 50-60% de casos refractarios.
- Procedimientos de cirugía cerebral: son utilizados en casos refractarios al tratamiento farmacológico y psicológico, con duración del trastorno mayor de 5 años. Se basan en la interrupción quirúrgica de las vías que conectan la corteza orbitofrontal con los ganglios basales para, así, interrumpir el circuito anómalo descrito. En este procedimiento como en el anterior los casos deben evaluarse siempre de manera individualizada y sopesando bien el riesgo-beneficio de la intervención, ya que los efectos adversos que pueden aparecer a menudo son de naturaleza irreversible (14).
- La terapia electroconvulsiva, que fue muy utilizada en la época pre-psicofarmacológica en pacientes hospitalizados, mejoraba síntomas depresivos asociados a TOC, pero no hay estudios controlados que demuestren consistentemente su eficacia en trastornos obsesivos puros. No está indicado su uso en la actualidad (5).

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Los efectos adversos del tratamiento farmacológico con antidepresivos ISRS pueden presentarse al inicio del tratamiento y ceden en las primeras semanas. Incluyen:
 - Náuseas, vómitos o diarrea
 - Disminución en el apetito
 - Dolor de cabeza
 - Sequedad de boca
 - Insomnio
 - Nerviosismo, agitación o desasosiego
 - Mareos
 - Problemas sexuales, como disminución del deseo sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo.



- En casos en que los síntomas adversos se mantuvieran o aumentaran luego de las primeras semanas se recomienda evaluar la posibilidad de sustituir por otro medicamento.

6.4.4. Signos de alarma

- Empeoramiento de los pensamientos obsesivos o aumento del tiempo dedicado a los rituales.
- Con poca introspección de la enfermedad, ausencia de introspección o aparición de ideas delirantes.
- Conductas agresivas, impulsividad o conductas violentas.
- Ideación suicida.
- Riesgo de complicaciones médicas, especialmente en relación con rituales de limpieza y obsesiones referidas a observación del propio cuerpo.

6.4.5. Criterios de alta

- La duración del tratamiento no está bien definida, pero se recomienda un período no menor de dos años. Hasta una tercera parte de los pacientes que responden al tratamiento mantienen síntomas de poca intensidad luego de un año de tratamiento. Se recomienda considerar el alta médica cuando se ha logrado la remisión total o parcial de los síntomas por un período no menor de uno a dos años, habiéndose logrado además una adecuada adaptación del paciente a su medio familiar, social y ocupacional.

6.4.6. Curso y Pronóstico

- La edad de inicio más frecuente es la adolescencia y la juventud temprana. Cerca del 30% de los pacientes desarrollan la enfermedad alrededor de los 15 años, el 65% de casos se presenta antes de los 25 años y menos del 15% después de los 35 años. La edad promedio de inicio es de 20 años. El principio en la infancia y la adolescencia puede conducir a un TOC crónico, pero en un 40% de casos se observa remisión en la edad adulta (4)
- El inicio suele ser gradual, pero también se describen cuadros de aparición aguda. Un 50-70% de los pacientes comienzan a manifestar los síntomas tras algún acontecimiento estresante (8). Pueden pasar varios años entre el inicio de los síntomas y la instalación del tratamiento, ya sea por falta de información sobre la enfermedad o por ocultamiento de los síntomas de parte del paciente por considerarlos absurdos o por vergüenza debido al contenido de las obsesiones. También se retarda el inicio del tratamiento por fallas en el diagnóstico de pacientes que acuden a la atención médica por quejas somáticas referidas a sus obsesiones y que no son exploradas adecuadamente (p. ej., lesiones dérmicas por lavado excesivo de manos).
- La mayoría de las pacientes que acuden a la consulta lo hacen porque ya no son capaces de mantener una actividad laboral o académica. Actualmente, la disponibilidad de información y educación sobre el trastorno, así como de tratamientos efectivos, ha contribuido a mejorar el acceso a un diagnóstico precoz.
- El curso del trastorno es continuo. Con la instalación del tratamiento se alcanzan resultados en los que la suma de mejorías y remisiones alcanza un 60-70%. Un estudio de seguimiento durante 40 años (1950-1990) de una muestra de 251 pacientes detectó mejoría en el 83% de los casos, pero el porcentaje de remisión fue solo del 20%. Aunque en muchos casos las mejorías son incompletas, estas le permiten al paciente tener un funcionamiento aceptable. Se estima que un 10% de los pacientes presentarán un deterioro progresivo e incapacitante.
- Se relaciona con un peor pronóstico la baja resistencia a las compulsiones, el inicio en la infancia, comienzo tardío del tratamiento o una escasa respuesta al mismo, la necesidad de hospitalizaciones, el desarrollo de creencias delirantes/sobrevaloradas y la presencia de un trastorno de personalidad (8).



6.5. COMPLICACIONES

- El tiempo excesivo dedicado a los comportamientos rituales
- Otras afecciones de la salud, como la dermatitis de contacto por el lavado frecuente de manos
- Disfunción laboral y académica, así como aislamiento social.
- Mala calidad de vida
- Asociación a otros trastornos mentales, especialmente depresión y trastornos de ansiedad.
- Pensamientos y comportamiento suicidas

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.6.1. Referencia

- Se recomienda realizar la intervención temprana de los casos de trastorno obsesivo compulsivo en los servicios clínicos de salud del primer nivel de atención, incluidos los servicios de salud mental comunitaria. Se debe procurar proporcionar la disponibilidad de opciones farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y educativas.
- La referencia a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutive debe realizarse ante la falta de respuesta al tratamiento o cuando no se cuenten con los medios terapéuticos necesarios para el mismo (p.e. personal entrenado en Terapia Cognitiva Conductual).

6.6.2. Contrarreferencia

- Una vez lograda la resolución del motivo de la referencia del paciente, se envía la responsabilidad del cuidado al establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede el paciente para el tratamiento de las fases de estabilización y mantenimiento.



6.5. COMPLICACIONES

- El tiempo excesivo dedicado a los comportamientos rituales
- Otras afecciones de la salud, como la dermatitis de contacto por el lavado frecuente de manos
- Disfunción laboral y académica, así como aislamiento social.
- Mala calidad de vida
- Asociación a otros trastornos mentales, especialmente depresión y trastornos de ansiedad.
- Pensamientos y comportamiento suicidas

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

6.6.1. Referencia

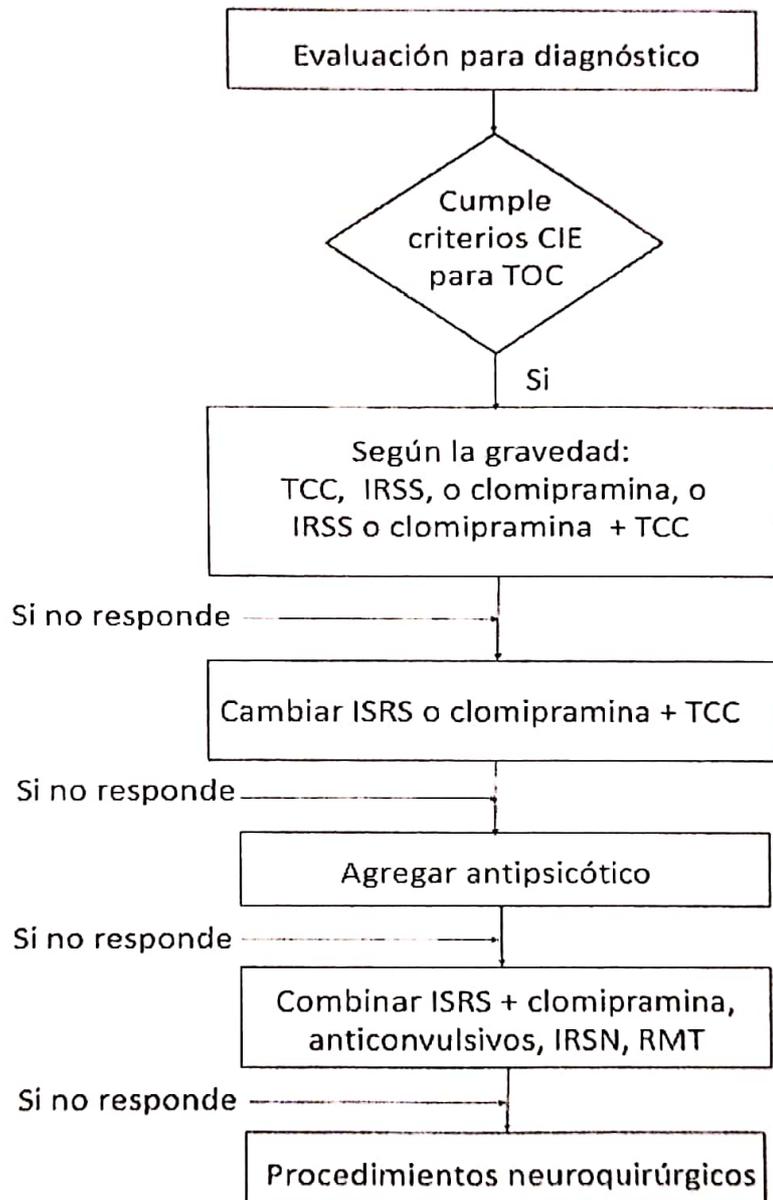
- Se recomienda realizar la intervención temprana de los casos de trastorno obsesivo compulsivo en los servicios clínicos de salud del primer nivel de atención, incluidos los servicios de salud mental comunitaria. Se debe procurar proporcionar la disponibilidad de opciones farmacológicas, psicosociales, ocupacionales y educativas.
- La referencia a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutive debe realizarse ante la falta de respuesta al tratamiento o cuando no se cuenten con los medios terapéuticos necesarios para el mismo (p.e. personal entrenado en Terapia Cognitiva Conductual).

6.6.2. Contrarreferencia

- Una vez lograda la resolución del motivo de la referencia del paciente, se envía la responsabilidad del cuidado al establecimiento de origen o centro de salud mental comunitario de donde procede el paciente para el tratamiento de las fases de estabilización y mantenimiento.



6.7. FLUXOGRAMA DE TRATAMIENTO



VII. ANEXO I

**Y-BOCS- GRAVEDAD
(YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE- SEVERITY)**

Las puntuaciones deben reflejar el efecto combinado de **TODOS** los síntomas O.C. Evalúe la ocurrencia media de cada ítem durante la semana anterior, incluyendo el momento de la entrevista

SUBESCALA DE OBSESIONES		0 h/día	0-1 h/día	1-3 h/día	3-8 h/día	>8 h/día
1	Tiempo ocupado con las obsesiones <i>Puntuación</i>	0	1	2	3	4
2	Interferencia por las obsesiones <i>Puntuación</i>	Ninguna	Leve	Clara pero manejable	Definido importante	Incapacitante
3	Malestar por las obsesiones <i>Puntuación</i>	Ninguno	Leve	Moderado pero manejable	Grave	Casi constante, incapacitante
4	Resistencia a las obsesiones <i>Puntuación</i>	Siempre se resiste	Se resiste mucho	Se resiste algo	Se rinde a menudo	Se rinde siempre
5	Control de las obsesiones <i>Puntuación</i>	Controla siempre	Mucho control	Algún control	Control escaso	Ningún control
SUBTOTAL DE OBSESIONES						00

SUBESCALA DE COMPULSIONES		0 h/día	0-1 h/día	1-3 h/día	3-8 h/día	>8 h/día
1	Tiempo empleado con las compulsiones <i>Puntuación</i>	0	1	2	3	4
2	Interferencia en las actividades diarias <i>Puntuación</i>	Ninguna	Leve	Clara pero manejable	Definido importante	Incapacitante
3	Malestar por las compulsiones <i>Puntuación</i>	Ninguno	Leve	Moderado pero manejable	Grave	Casi constante, incapacitante
4	Resistencia a las compulsiones <i>Puntuación</i>	Siempre se resiste	Se resiste mucho	Se resiste algo	A menudo se rinde	Se rinde siempre
5	Control sobre las compulsiones <i>Puntuación</i>	Las controla siempre	Mucho control	Algún control	Escaso control	Ningún control
SUBTOTAL DE COMPULSIONES						00
TOTAL OBSESIONES + COMPULSIONES						00



VIII- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud - Ginebra, Trastornos Mentales y del Comportamiento – X Clasificación Internacional de Enfermedades. 1992. España.
2. Organización Mundial de la Salud. XI Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1321276661>
3. American Psychiatric Association. DSM – 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
5. Zambrano M, Bustamante R. Trastorno obsesivo compulsivo. En: Perales A, Zambrano M, Mendoza A, Vásquez Caicedo G, editores. Compendio de Psiquiatría "Humberto Rotondo". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. p. 181-187.
6. Black D, Andreasen N. Introductory textbook of psychiatry. 6th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2016
7. Muñoz R. Trastorno obsesivo compulsivo. En: Gaviria M, Tellez J, editores. En: Neeuropsiquiatría. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 1995. p. 389-408.
8. Sanz Velloso P, Fernández-Cuevas Vicario A. Trastorno obsesivo compulsivo. *Medicine*. 2015;11(84):5008-14
9. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. *Anales de Salud Mental*. 2002; 19 (1-2)
10. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, et al. The Dimensional Yale–Brown Obsessive– Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive–compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006;11(5):495-504.
11. Sal y Rosas H.J, Vega-Dienstmaier J.M, Mazzotti G, Vidal H, Guimas B, Adrianzén C, Vivar R. Validación de una versión en español de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(1):30-5.
12. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sanchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada RA. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Med Peru*. 2016;33(3):253-5
13. Menchon JM, Bobes J, Alamo C, y col. Guía de práctica clínica (basada en el método ADAPTE) Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo en adultos. Sociedad Española de Psiquiatría, 2019. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/SEP-GPC%20TOC%202019.pdf>
14. Menchon JM, Bobes J, Alamo C, y col. Tratamiento farmacológico del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos: una guía de práctica clínica basada en el método ADAPTE. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2019;12(2):77-91
15. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. 25 Jul 2018]. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.

