


Guia sobre el maneig del trastorn bipolar a Catalunya

CT21/2010

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) és una empresa pública, sense ànim de lucre, del Departament de Salut i adscrita al CatSalut, que va ser creada el juny de 2010. La seva missió és generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut, facilitant la presa de decisions als ciutadans, professionals, gestors i planificadors, a través dels àmbits d'actuació i organització de la integració dels sistemes i tecnologies de la informació i les comunicacions, i l'avaluació de les tecnologies, la recerca i la qualitat en l'àmbit de la salut. L'AIAQS és centre col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut en avaluació de tecnologies sanitàries, membre fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), membre de la Guidelines International Network (G-I-N), membre del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP) i grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya.

Declaració de possible conflicte d'interès dels autors

Eduard Vieta ha rebut suport per a la recerca i la formació mèdica continuada, o bé ha actuat com a consultor/assessor de recerca per a les següents companyies farmacèutiques: Almirall, Astra-Zeneca, Bial, Bristol-Myers-Squibb, Esteve, Geodon Richter, Glaxo-Smith-Kline, Forest Research Institute, Janssen-Cilag, Jazz, Johnson & Johnson, Lilly, Lundbeck, MSD, Novartis, Organon, Otsuka, Pfizer, Pierre-Fabre, Sanofi-Aventis, Servier, Schering-Plough, Takeda, Solvay, United Biosource Corporation, i Wyeth.

La resta d'autors declaren no tenir cap conflicte d'interès.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Vieta E, Murru A, Pueyo MJ. Guia sobre el maneig del trastorn bipolar a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | direccio@aatrm.catsalut.cat | www.aatrm.net

Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. 1a edició, desembre 2010, Barcelona
Correcció: Isabel Parada (AIAQS)
Disseny: Isabel Parada (AIAQS)
Dipòsit legal: B.47371-2010

© Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència té la propietat intel·lectual d'aquest document, el qual pot ser reproduït, distribuït i comunicat públicament, totalment o parcialment, per qualsevol mitjà, sempre que no se'n faci un ús comercial i se'n citi explícitament l'autoria i procedència.

Guia sobre el maneig del trastorn bipolar a Catalunya

Autors

Eduard Vieta

Director de la Unitat de Trastorn Bipolar, Hospital Clínic (UTB-Clínic), Universitat de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

Andrea Murru

Psiquiatre, UTB-Clínic

Maria Jesús Pueyo

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Col·laboradors

- Anna Kotzeva (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, AIAQS)
- Alessandra Nivoli (psiquiatra, UTB-Clínic)
- Francesc Colom (psicòleg, UTB-Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM)
- Anabel Martínez-Arán (neuropsicòloga clínica, Hospital Clínic, CIBERSAM)
- Brisa Solé (psicòloga, UTB, IDIBAPS)
- Nuria Cruz (farmacòloga clínica, UTB-Clínic, IDIBAPS)
- Adriane R. Rosa (farmacèutica, UTB-Clínic, IDIBAPS)
- Mercè Comes (infermera, Hospital Clínic)
- Lluïsa García-Esteve (Unitat de la Dona, Hospital Clínic)
- Amando Martín-Zurro (Divisió d'Avaluació de Serveis, Servei Català de la Salut)

Revisors externs

- Ana González-Pinto (País Basc, Espanya)
- Heinz Grunze (Regne Unit)
- Lakshmi Yatham (Canadà)

Societats i altres entitats

- Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
- Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)
- Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SEMFyC)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

Agraïments

- Elena Calvo (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya)
- Cristina Molina (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya)
- Oriol de Solà-Morales (AIAQS)

Advertència

El Reial decret 1015/2009 regula la disponibilitat de medicaments en situacions especials que, en qualsevol cas, tindrà caràcter excepcional.

En els casos de la utilització de medicaments autoritzats a Espanya en condicions diferents a les descrites en la seva fitxa tècnica, aquests ja no seran objecte d'autorització expressa per part de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris. En qualsevol cas, sí que es requerirà que el/la metge/metgessa responsable del tractament informi el pacient en termes comprensibles de la naturalesa del tractament, de la seva importància, implicacions i riscos, i obtingui el seu consentiment d'acord amb la Llei 41/2002, de 14 de novembre. També caldrà respectar les restriccions que s'hagin establert vinculades a la prescripció i/o dispensació i al protocol terapèutic assistencial del centre sanitari d'acord amb el que estableixi el mateix centre així com les instruccions respecte al procediment i actuacions d'implantació per part de la corresponent entitat proveïdora o el mateix CatSalut.

Així doncs, el/la metge/metgessa responsable del tractament haurà d'adreçar-se al seu centre sanitari on se li indicaran en detall el procediment i requisits a seguir per tal de poder utilitzar medicaments en situacions especials incloent-hi la utilització de medicaments autoritzats a Espanya en condicions diferents a les descrites en la seva fitxa tècnica.

ÍNDIX

Presentació	7
Objectius i metodologia	8
Model d'atenció segons fases del trastorn.....	11
Definició i diagnòstic del trastorn bipolar	12
Epidemiologia	12
Descripció.....	12
Diagnòstic del trastorn bipolar.....	12
Diagnòstic diferencial del trastorn bipolar.....	17
Recomanacions segons fases de la malaltia	18
A. Reconeixement del trastorn bipolar	18
B. Valoració del risc de suïcidi	20
C . Maneig del trastorn bipolar no greu	22
D. Maneig de la fase de manteniment.....	26
E. Atenció a episodis aguts i/o de risc vital	28
F. Atenció temporal a pacients d'alta complexitat	29
Tractaments	31
Tractament farmacològic	31
Tractament electroconvulsiu	33
Intervencions psicològiques i psicoeducatives	34
Indicadors d'implementació	35
Informació per a pacients i familiars	37
Annex 1. Hypomania checklist (HLC-32)	38
Abreviacions.....	42
Bibliografia	43

PRESENTACIÓ

Es presenta la *Guia sobre el maneig del trastorn bipolar a Catalunya* (en endavant GTB), elaborada per la Unitat de Trastorn Bipolar de l'Hospital Clínic de Barcelona i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS)^a. Aquest document és una adaptació de la Guia del maneig del trastorn bipolar a Catalunya (*Guidelines on the management of bipolar disorder in Catalunya*). El treball d'elaboració de la guia es va portar a terme durant l'any 2009 per part d'un equip pluridisciplinari i amb revisió externa de professionals i societats científiques de les diferents disciplines implicades de Catalunya, a més d'un revisor espanyol i dos revisors científics estrangers de reconegut prestigi.

Les guies per a la pràctica clínica (GPC) pretenen promoure la medicina basada en l'evidència científica i reduir la variabilitat dels procediments diagnòstics i terapèutics. Aquest és un objectiu particularment important en l'àrea de la salut mental, on existeix una elevada variabilitat en les formes de manegar les malalties i una penetració incompleta del concepte de pràctica clínica fonamentada en l'evidència científica. Aquesta guia inclou una sèrie de recomanacions per al diagnòstic i tractament del trastorn bipolar fonamentades en una revisió exhaustiva i sistemàtica de l'evidència científica disponible i en altres guies recentment editades del nostre entorn¹⁻⁶.

El trastorn bipolar, antigament anomenat psicosi maniacodepressiva, és una malaltia mental greu, altament recurrent i d'elevada prevalença, al voltant del 4% de la població. Es calcula que en podrien estar afectats al voltant de 300.000 catalans, 80.000 dels quals ho serien de la forma més greu, la tipus I (existeixen quatre subtipus: el tipus I, el tipus II, la ciclotímia i una categoria residual, el trastorn bipolar "no especificat"). Es disposa d'una notable evidència científica respecte al diagnòstic i al tractament del trastorn bipolar I, caracteritzat per episodis maníacs, generalment combinats amb episodis depressius, però els fonaments científics pel maneig del trastorn bipolar II (depressions majors amb hipomanies), i especialment la ciclotímia (fluctuacions patològiques cròniques moderades de l'estat d'ànim) i el trastorn bipolar no especificat, són molt més febles. La malaltia es caracteritza per un curs crònic i recurrent, amb possibles fases maníacques, hipomaníacques (mania lleu), depressives o mixtes, en funció del subtipus, i temporades de remissió completa o parcial dels símptomes. La malaltia provoca en la major part dels casos molta discapacitat però també hi ha casos puntuals de persones amb una adaptació psicosocial superior a la mitjana de la població general.

L'ús d'aquesta GTB es pot optimitzar tenint en compte les recomanacions i aspectes comuns derivats de la GPC per a la depressió major en l'adult⁷ i de la GPC de psicosis incipients⁸. També existeix una GPC espanyola per al maneig del pacient amb trastorn bipolar i addiccions⁹, que es pot consultar per a aquest tema específic; i, especialment en el cas de nens i adolescents, una GPC per tractar el dèficit d'atenció amb hiperactivitat¹⁰, la qual també conté aspectes pertinents al trastorn bipolar en població infantojuvenil.

^a Abans Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM).

OBJECTIUS I METODOLOGIA

Objectius

Els objectius que es pretenen aconseguir amb l'elaboració d'aquesta guia són: augmentar la capacitat de detecció del trastorn bipolar en l'atenció primària i especialitzada, especialment del trastorn bipolar II; disminuir la variabilitat de la pràctica clínica pel que fa a maneig terapèutic, tot incrementant l'eficiència dels tractaments farmacològics que es prescriuen; sensibilitzar els professionals sanitaris sobre la cronicitat d'aquest trastorn i la necessitat d'establir com a objectius terapèutics no només el control de l'episodi agut, sinó també el manteniment de la remissió dels símptomes; augmentar el coneixement sobre el maneig dels casos i/o situacions més complexos com el tractament dels cicladors ràpids o de les embarassades; prevenir el risc de suïcidi associat a la malaltia; i afavorir el control de la salut física d'aquests malalts per part del metge d'atenció primària.

Metodologia

Per a la implementació d'aquesta GTB s'ha seguit el model d'atenció esglaonada (*Stepped care*) proposat pel National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)¹¹ que defineix de forma flexible els nivells d'intensitat de les intervencions en funció de la complexitat de la patologia i els principals actors implicats. Aquest model d'atenció del trastorn bipolar per nivells es pot adaptar al nostre sistema de salut i facilita l'aplicació integradora del Programa de cartera de serveis de salut mental en atenció primària, un projecte prioritari del Pla director¹².

La metodologia escollida per realitzar aquesta GTB ha estat la següent:

- a) S'ha realitzat una revisió sistemàtica de la literatura científica sobre l'epidemiologia, el diagnòstic i el maneig del trastorn bipolar, que ha comportat la revisió de 7.103 articles inclosos a la base PubMed des del seu inici fins al 30/09/2009.

- b) S'han elaborat uns nivells d'evidència propis inspirats en el sistema SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) però adaptats a les característiques de la patologia avaluada, que es caracteritza per episodis aguts però també per una morbiditat longitudinal, el maneig de la qual és inseparable de la dels episodis de mania, hipomania, depressió o mixtos. Per elaborar els nivells d'evidència s'han tingut especialment en compte els resultats del tractament a llarg termini i la seguretat i la tolerabilitat dels fàrmacs. Els nivells d'evidència són 7 i estan explicats en la Taula 1. Sobre aquests nivells d'evidència s'han elaborat uns graus de recomanació en 4 nivells (A-D) i que estan explicats en la Taula 2.

Taula 1. Nivells d'evidència usats en la Guia – Descripció

NIVELL 1	Evidència sòlida d'elevada eficàcia i seguretat, en el tractament a curt i llarg termini: com a mínim, dos assajos clínics positius, comparatius i aleatoritzats, a curt termini ^a , o bé un de llarg termini ^a , amb superioritat en comparació de placebo i amb no inferioritat comparat amb un tractament estàndard conegut, amb grandària d'efecte gran ^b , i seguretat i tolerabilitat no inferior al tractament estàndard.
NIVELL 2	Evidència raonable d'elevada eficàcia i seguretat, en el tractament a curt i llarg termini: com a mínim, un assaig clínic positiu a curt termini i un altre de llarg termini, comparatius i aleatoritzats, amb superioritat en comparació de placebo, amb amplitud d'efecte moderat, i amb seguretat i tolerabilitat comparable amb el tractament estàndard.
NIVELL 3	Evidència raonable d'elevada eficàcia i seguretat, en el tractament a curt termini: com a mínim, un assaig clínic positiu a curt termini, comparatiu i aleatoritzat, amb superioritat respecte al placebo, amb una grandària d'efecte moderada, o amb un balanç entre eficàcia i seguretat inferior al tractament estàndard.
NIVELL 4	Algunes evidències d'efectivitat amb àmplia experiència: com a mínim, un assaig clínic comparatiu aleatoritzat, amb efectivitat, seguretat i tolerabilitat comparables amb els tractaments actuals, o bé grandària d'efecte petita i experiència basada en assajos clínics observacionals de qualitat elevada, sèries de casos i ús freqüent en la pràctica clínica.
NIVELL 5	Algunes evidències d'efectivitat sense experiència: dades preliminars en eficàcia en assajos clínics comparatius i aleatoritzats enfront de placebo, amb mostres limitades, o com a tractament complementari, amb gens o escassa experiència clínica prèvia.
NIVELL 6	Sense evidències, però amb alguna experiència: estudis observacionals, sèries de casos, seguretat acceptable i tolerabilitat comprovada amb experiència en d'altres malalties.
NIVELL 7	Consens d'experts: opinió d'experts, fonaments teòrics per ús clínic, casos esporàdics.

- a Assaig clínic comparatiu i aleatoritzat a curt termini: seguiment inferior a 6 mesos
Assaig clínic comparatiu i aleatoritzat a llarg termini: seguiment igual o superior a 6 mesos
- b Grandària de l'efecte gran: major de 0,5
Grandària de l'efecte moderada: entre 0,3 i 0,5
Grandària de l'efecte petita: entre 0,3 i 0,1
Grandària de l'efecte trivial: menor de 0,1

Cohen J. 1988. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum

Taula 2. Graus de recomanació

A	Correspon als nivells d'evidència 1 i 2.
B	Correspon als nivells d'evidència 3 i 4.
C	Correspon al nivell d'evidència 5.
D	Correspon als nivells d'evidència 6 i 7.

- c) També s'han elaborat uns nivells d'evidència adaptats a les característiques del coneixement científic relatiu a l'epidemiologia i al diagnòstic de la malaltia, i sobre aquests nivells d'evidència es presenten tres graus de recomanació (taules 3 i 4).

Taula 3. Nivells d'evidència per a estudis epidemiològics i clínics no intervencionistes

NIVELL 1	Evidència científica sòlida, a partir d'estudis epidemiològics o clínics de rigor metodològic elevat, amb alta representativitat, replicats en mostres independents i suficientment àmplies.
NIVELL 2	Evidència científica preliminar, a partir d'estudis epidemiològics o clínics d'alt rigor metodològic però no replicats en mostres independents, o bé replicats però en mostres amb possibles biaixos de selecció.
NIVELL 3	Consens d'experts.

Taula 4. Graus de recomanació per a aspectes epidemiològics i clínics

A	Correspon al nivell d'evidència 1.
B	Correspon al nivell d'evidència 2.
C	Correspon al nivell d'evidència 3.

- d) Per elaborar el document d'ajuda a la implementació s'han classificat les recomanacions de la GTB per nivells assistencials per tal d'adequar les intervencions al moment evolutiu de la malaltia i als episodis a tractar. Per tal de facilitar la pràctica clínica s'han introduït en el annexo alguns instruments de cribratge i diagnòstic del trastorn bipolar.
- e) Revisió per experts i societats científiques: El document resultant ha estat sotmès a una revisió crítica per part d'avaluadors científic externs (una experta espanyola i dos experts internacionals en GPC Del trastorn bipolar), de l'AIAQS i de les societats científiques implicades, com són la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Societat Catalana d'Especialistes en Psicologia Clínica, la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (SEMFyC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) i el Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental (CIBERSAM).

MODEL D'ATENCIÓ SEGONS FASES DEL TRASTORN

El model d'atenció esglaonada que s'ha fet servir distingeix els següents actors, objectius i intervencions (Taula 5).

Taula 5. Model d'atenció esglaonada segons fases del pacient amb trastorn bipolar

Objectius	Intervencions	Actors implicats
A. Reconeixement del trastorn bipolar i diagnòstic	Cribratge Valoració criteris diagnòstics Derivació a especialista en salut mental	Atenció primària Professionals d'urgències Atenció especialitzada
B. Valoració risc suïcidi		Atenció primària Professionals d'urgències Atenció especialitzada
C. Maneig del trastorn bipolar no greu: mania lleu-moderada, la hipomania, depressió bipolar aguda no greu	Medicació i psicoeducació	Centre de salut mental d'adults
D. Tractament de la fase de manteniment i evitació de recaigudes	Medicació i psicoeducació Control de salut física	Centre de salut mental d'adults i Atenció primària
E. Atenció a episodis aguts i/o de risc vital: <ul style="list-style-type: none">• Mania aguda• Descontrol conductual greu• Temptativa de suïcidi• Incapacitat per a l'autocura	Hospitalització Medicació Tractaments combinats TEC aguda	Equip hospitalari especialitzat
F. Maneig dels pacients d'alta complexitat: cicladors ràpids, comorbiditats mèdiques greus, resistència al tractament.	Tractaments farmacològics complexos i combinats TEC de manteniment.	Equip especialitzat

TEC: teràpia electroconvulsiva

DEFINICIÓ I DIAGNÒSTIC DEL TRASTORN BIPOLAR

Epidemiologia

El trastorn bipolar és una malaltia mental greu i recurrent que té una distribució relativament homogènia en totes les poblacions i cultures, confirmant la rellevància dels factors genètics en la seva etiopatogènia. No es disposa d'estudis epidemiològics que permetin establir de manera precisa i específica la seva prevalença i incidència a Catalunya, però els estudis epidemiològics més recents i de major qualitat, realitzats als Estats Units, indiquen que la prevalença al llarg de la vida podria estar entorn del 4,4% de la població (1% trastorn bipolar I; 1,1% trastorn bipolar II; 2,4% trastorn bipolar no especificat, incloent-hi la ciclotímia). Això implicaria que més de 300.000 catalans patirien alguna forma de trastorn bipolar.

Descripció

El trastorn bipolar es caracteritza per una inestabilitat crònica de l'estat d'ànim que es manifesta en forma d'episodis recorrents de diversa polaritat anímica, però que sempre, per definició, inclouen alguna forma d'exaltació de les funcions emotives, cognitives i psicomotrius en algun dels episodis; estem parlant de la simptomatologia maníaca, que quan és lleu s'anomena hipomania i que també pot aparèixer barrejada amb símptomes depressius, en el que s'anomena un episodi "mixt". La mania pot associar-se a símptomes psicòtics en més del 50% dels casos i sovint es confon amb l'esquizofrènia quan es fa un diagnòstic transversal, especialment en els primers episodis. La malaltia es manifesta també gairebé sempre per episodis depressius, que acostumen a durar més que els maníacs i hipomaníacs i que no responen a les mateixes estratègies terapèutiques que la depressió unipolar, malgrat les semblances fenomenològiques transversals. Això fa que molts pacients, especialment els bipolars II, siguin erròniament diagnosticats com a depressius purs, ja que els pacients acostumen a anar al metge només durant les fases depressives. Finalment, alguns pacients (fins a un 15%) presenten formes evolutives de gran inestabilitat anímica, com la ciclació ràpida o la ciclotímia, i són sovint erròniament etiquetats de "trastorn de personalitat límit" per la cronicitat dels seus canvis emocionals i el seu impacte sobre altres aspectes de la personalitat i el comportament.

Diagnòstic del trastorn bipolar

Els símptomes maníacs i depressius són susceptibles de valoració i ordenació segons criteris diagnòstics operatius, i els més utilitzats, tant a la clínica com en els estudis d'investigació, són les classificacions CIM-10 (Classificació internacional de malalties, 10a revisió) i DSM-IV-TR (Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, 4a edició, text revisat, de l'American Psychiatric Association). La seva importància rau en la utilització de criteris diagnòstics homogenis entre els diferents professionals que augmenta considerablement la fiabilitat diagnòstica interavaluador.

Ens centrarem en els criteris DSM-IV-TR ja que la major part de la literatura científica sobre la qual se sustenta aquesta guia s'ha realitzat en pacients que complien criteris DSM-IV-TR i no CIM-10.

El DSM-IV-TR proporciona criteris per al diagnòstic del episodis maníacs i dels episodis depressius. Els episodis hipomaníacs es diagnostiquen quan es compleixen tres criteris de mania que durin almenys 4 dies però sense provocar un deteriorament social o laboral important ni requerir hospitalització. Els episodis mixtos requereixen que s'acompleixin criteris de mania i depressió alhora. Els símptomes psicòtics no formen part dels criteris diagnòstics sinó que s'associen a la gravetat dels episodis maníacs i depressius (mai hipomaníacs). El DSM-IV-TR distingeix entre trastorn bipolar I (que s'acompanya almenys d'un episodi maníac o mixt en el seu curs), trastorn bipolar II (almenys un episodi hipomaníac i un de depressiu, sense episodis maníacs o mixtos) i ciclotímia (inestabilitat crònica de l'humor amb hipomanies i depressions relativament lleus i breus, però altament recurrents), a més d'una categoria residual per a les formes atípiques o no especificades. Els criteris diagnòstics per cada tipus d'episodi i de trastorn es mostren en les taules 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, i 13.

Taula 6. DSM-IV-TR Criteris per a episodi maníac

A.	Un període diferenciat d'un estat d'ànim anormal i persistentment elevat, expansiu o irritable, que dura almenys una setmana (o qualsevol durada si es necessària l'hospitalització).
B.	Durant el període d'alteració de l'estat d'ànim, han persistit tres (o més) dels símptomes següents (quatre si l'estat d'ànim és només irritable) i han estat presents en un grau significatiu: <ol style="list-style-type: none"> 1. autoestima exagerada o grandiositat 2. disminució de la necessitat de dormir (p. ex. se sent descansat després de només 3 hores de son) 3. més parlador de l'habitual o verborreic 4. fuga d'idees o experiència subjectiva que el pensament està accelerat 5. distractibilitat (p. ex. l'atenció es desvia massa fàcilment cap a estímuls externs banals o irrelevantes) 6. increment de l'activitat intencionada (ja sigui socialment, en el treball o en els estudis, o sexualment) o agitació psicomotora 7. implicació excessiva en activitats plaents que tenen un alt potencial per produir conseqüències greus (p. ex. fer compres irrefrenables, indiscrecions sexuals o inversions econòmiques irracionals)
C.	Els símptomes no compleixen criteris per a l'episodi mixt.
D.	L'alteració de l'estat d'ànim és suficientment greu per provocar deteriorament del funcionament laboral o de les activitats socials habituals o de les relacions amb els altres, o per a necessitar hospitalització per tal de prevenir els danys a un mateix o a d'altres, o hi ha símptomes psicòtics.
E.	Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p.ex. una droga, un medicament o altres tractaments) ni a una malaltia mèdica (p.ex. hipertiroïdisme).

Nota: Els episodis semblants a la mania que són clarament causats per un tractament somàtic antidepressiu (p.ex. un medicament, teràpia electroconvulsiva, teràpia lumínica) no haurien de ser diagnosticats com a trastorn bipolar I.

Taula 7. DSM-IV-TR Criteris per a episodi depressiu major

A.	Presència de cinc (o més) dels símptomes següents durant un període de dues setmanes, que representen un canvi respecte al funcionament previ; almenys un dels símptomes és (1) estat d'ànim depressiu o (2) pèrdua d'interès o de plaer. Nota: No s'inclouen símptomes que són clarament deguts a malaltia mèdica, o idees delirants o al·lucinacions incongruents amb l'estat d'ànim. 1. estat d'ànim depressiu la major part del dia, gairebé cada dia, segons ho indica el mateix subjecte (p.ex. sentir-se trist o buit) o observació feta pels altres (p.ex. plor). Nota: En els nens i adolescents pot ser estat d'ànim irritable. 2. disminució marcada de l'interès o de la capacitat per al plaer en totes, o gairebé totes, les activitats la major part del dia, gairebé cada dia (segons refereix el mateix subjecte o observen els altres). 3. pèrdua significativa de pes sense fer dieta o augment de pes (p.ex. un canvi de més del 5% del pes corporal en un mes), o disminució o augment de la gana gairebé cada dia. Nota: En nens, s'ha de valorar el fracàs en aconseguir els augments de pes esperables. 4. insomni o hipersòmnia gairebé cada dia. 5. agitació psicomotora o alentiment gairebé cada dia (observable per altres, no mera sensació d'inquietud o d'estar alentit). 6. fatiga o pèrdua d'energia gairebé cada dia. 7. sentiments d'inutilitat o culpa excessiva o inapropiada (que pot ser delirant) gairebé cada dia (no simples retrets a un mateix o culpabilitat pel fet d'estar malalt). 8. disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o indecisió, gairebé cada dia (ja sigui una atribució subjectiva o observada pels altres). 9. pensaments recurrents de mort (no només por a la mort), ideació suïcida recurrent sense un pla específic, o una temptativa de suïcidi o un pla específic per cometre el suïcidi.
B.	Els símptomes no compleixen criteris per a l'episodi mixt.
C.	Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de funcionament.
D.	Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p.ex. una droga, un medicament) o una malaltia mèdica (p.ex. hipertiroidisme).
E.	Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol, p. ex. després de la pèrdua d'un ésser estimat, els símptomes són presents durant més de 2 mesos o es caracteritzen per una marcada incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

Taula 8. DSM-IV-TR Criteris per a episodi mixt

A.	Es compleixen els criteris tant per a un episodi maníac com per a un episodi depressiu major (excepte en la durada) gairebé cada dia durant almenys un període d'una setmana.
B.	L'alteració de l'estat d'ànim és suficientment greu per provocar deteriorament laboral o de les activitats socials habituals o de les relacions amb els altres, o per a necessitar hospitalització per tal de prevenir els danys a un mateix o a d'altres, o hi ha símptomes psicòtics.
C.	Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex. una droga, un medicament o un altre tractament) ni a una malaltia mèdica (p. ex. hipertiroidisme).

Nota: Els episodis semblants a la mania que són clarament causats per un tractament somàtic antidepressiu (p. ex. un medicament, teràpia electroconvulsiva, teràpia lumínica) no han de ser diagnosticats com a trastorn bipolar.

Taula 9. DSM-IV-TR Criteris per a episodi hipomaniac

A.	Un període diferenciat d'estat d'ànim persistentment elevat, expansiu o irritable, durant com a mínim 4 dies i que és clarament diferent de l'estat d'ànim no depressiu.
B.	Durant el període d'alteració de l'estat d'ànim, han persistit tres (o més) dels símptomes següents (quatre si l'estat d'ànim és només irritable) i han estat presents en un grau significatiu: 1. autoestima exagerada o grandiositat 2. disminució de la necessitat de dormir (p.ex. sentir-se descansat després de només 3 hores de son) 3. més parlador de l'habitual o verborreic 4. fuga d'idees o experiència subjectiva que el pensament està accelerat 5. distractibilitat (p. ex. l'atenció es desvia massa fàcilment cap a estímuls externs banals o irrelevantes) 6. increment de l'activitat intencionada (ja sigui socialment, en el treball o ens els estudis, o sexualment) o agitació psicomotora 7. implicació excessiva en activitats de plaer que tenen un alt potencial per produir conseqüències greus (p. ex. fer compres irrefrenables, indiscrecions sexuals o inversions econòmiques irracionals)
C.	L'episodi està associat amb un canvi inequívoc de l'activitat que no és característic del subjecte quan està asimptomàtic.
D.	L'alteració de l'estat d'ànim i el canvi en l'activitat són observables pels altres.
E.	L'episodi no és suficientment greu per provocar un deteriorament laboral o social important, o per necessitar hospitalització, i no hi ha símptomes psicòtics.
F.	Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex. una droga, un medicament o un altre tractament) ni a una malaltia mèdica (p. ex. hipertiroidisme).

Nota: Els episodis semblants als hipomaniacs que són clarament causats per un tractament somàtic antidepressiu (p.ex. un medicament, teràpia electroconvulsiva, teràpia lumínica) no haurien de ser diagnosticats com a trastorn bipolar II.

Taula 10. DSM-IV-TR Trastorn ciclotímic

A.	Presència, durant almenys 2 anys, de nombrosos períodes amb símptomes hipomaniacs i nombrosos períodes amb símptomes depressius que no compleixen els criteris per a un episodi depressiu major. En nens i adolescents, la durada ha de ser almenys d'un any.
B.	Durant el període de més de 2 anys (1 any en nens i adolescents) la persona no ha deixat de presentar els símptomes del Criteri A durant un temps superior als 2 mesos.
C.	Durant els 2 primers anys de l'alteració no s'ha presentat cap episodi depressiu major, episodi maníac o episodi mixt. Nota: Després dels 2 anys inicials (1 any en nens i adolescents) del trastorn ciclotímic, poden haver-hi superposats episodis maníacs o mixtos (en aquest cas es poden diagnosticar ambdós trastorns, trastorn bipolar I i trastorn ciclotímic) o episodis depressius majors (en aquest cas es poden diagnosticar ambdós trastorns, trastorn bipolar II i trastorn ciclotímic).
D.	Els símptomes del Criteri A no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
E.	Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p.ex. una droga, un medicament) o a una malaltia mèdica (p.ex. hipertiroidisme).
F.	Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants del funcionament.

Taula 11. DSM-IV-TR Trastorn bipolar I

296.0x	Episodi maníac únic
A.	Presència d'un únic episodi maníac, sense episodis depressius majors anteriors. Nota: La recurrència es defineix com un canvi en la polaritat des de la depressió o com un interval almenys de 2 mesos sense símptomes maníacs.
B.	l'episodi maníac no s'explica millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no està superposat a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
296.40	Episodi més recent hipomaníac
A.	Actualment (o el més recent) en un episodi hipomaníac.
B.	Prèviament s'ha presentat almenys un episodi maníac o episodi mixt.
C.	Els símptomes afectius provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de funcionament.
D.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
296.4x	Episodi més recent maníac
A.	Actualment (o el més recent) en un episodi maníac.
B.	Prèviament s'ha presentat almenys un episodi depressiu major, episodi maníac o episodi mixt.
C.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
296.5x	Episodi més recent depressiu
A.	Actualment (o el més recent) en un episodi depressiu major.
B.	Prèviament s'ha presentat almenys un episodi maníac o episodi mixt.
C.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
296.6x	Episodi més recent mixt
A.	Actualment (o el més recent) en un episodi mixt.
B.	Prèviament s'ha presentat almenys un episodi depressiu major, episodi maníac o episodi mixt.
C.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
296.7	Episodi més recent no especificat
A.	Actualment (o en l'episodi més recent) es compleixen els criteris, excepte en la durada, per a un episodi maníac, un episodi hipomaníac, un episodi mixt o un episodi depressiu major.
B.	Prèviament s'ha presentat almenys un episodi maníac o episodi mixt.
C.	Els símptomes afectius provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de funcionament.
D.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
E.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p.ex. una droga, un medicament o altre tractament) o a una malaltia mèdica (p. ex. hipertiroidisme).

Taula 12. DSM-IV-TR 296.89 – Trastorn bipolar II

A.	Presència (o història) d'un o més episodis depressius majors.
B.	Presència (o història) almenys d'un episodi hipomaniac.
C.	No hi ha hagut cap episodi maníac o episodi mixt.
D.	Els símptomes afectius en els Criteris A i B no s'expliquen millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu i no estan superposats a esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn delirant o trastorn psicòtic no especificat.
E.	Els símptomes afectius provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de funcionament. Hipomaniac. Aquest especificador s'utilitza si l'episodi actual (o el més recent) és un episodi maníac. Depressiu. Aquest especificador s'utilitza si l'episodi actual (o el més recent) és un episodi depressiu major.

Taula 13. DSM-IV-TR 296.80 – Trastorn bipolar no especificat

El trastorn bipolar no especificat inclou trastorns amb característiques bipolars que no compleixen criteris per a un trastorn bipolar específic. S'inclouen els exemples següents:

A.	Alternança ràpida (en dies) entre símptomes maníacs que compleixen criteris però no la durada mínima per a episodis maníacs, hipomaniacs o depressius majors.
B.	Episodis hipomaniacs recorrents sense símptomes depressius intercurrents .
C.	Un episodi maníac o mixt superposat sobre un trastorn delirant, esquizofrènia residual o trastorn psicòtic no especificat.
D.	Episodis hipomaniacs, juntament amb símptomes depressius crònics, que són massa infreqüents per a classificar-se com a trastorn ciclotímic.
E.	Situacions en les quals el clínic conclou que està present un trastorn bipolar però no és capaç de determinar si aquest és primari, causat per malaltia mèdica o induït per substància.

Existeixen diversos instruments diagnòstics fiables, com l'entrevista de diagnòstic *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)^{13,14}, que poden ajudar al clínic en atenció primària a realitzar el diagnòstic d'un episodi de depressió major o de mania i, per tant, de trastorn bipolar, d'acord amb els criteris de les classificacions internacionals (DSM-IV-TR i CIM-10) i en el context del programa cartera de serveis de salut mental en atenció primària.

Diagnòstic diferencial del trastorn bipolar

Cal fer un diagnòstic diferencial del trastorn bipolar, especialment en l'àmbit de l'atenció primària, amb el trastorn depressiu unipolar i la distímia, amb l'esquizofrènia en els pacients que presenten símptomes psicòtics, amb els trastorns de la personalitat en els pacients més ciclotímics i aparentment lleus, amb els trastorns per consum de substàncies (que són sovint comòrbids), amb el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat en nens, i amb les oscil·lacions normals de l'humor en adolescents i adults joves.

RECOMANACIONS SEGONS FASES DE LA MALALTIA

A. Reconeixement del trastorn bipolar

- Cribratge del trastorn bipolar
- Valoració de criteris diagnòstics
- Derivació a l'especialista de salut mental

El reconeixement del trastorn bipolar és responsabilitat del tot el sistema sanitari, especialment dels professionals que poden ser el primer contacte del pacient com els metges d'atenció primària, els d'urgències o els especialistes de salut mental.

Cribratge del trastorn bipolar

- * El motiu de consulta més freqüent de les persones amb trastorn bipolar és la depressió, de manera que la forma de cribratge més efectiva és la identificació de bipolaritat en pacients deprimits, segons els mitjans i factors de risc següents:
 - Antecedents familiars de trastorn bipolar
 - Antecedents suggestius de mania o hipomania
 - Depressió greu en adolescent o adult jove
 - Puntuació igual o superior a 14 en l'HCL-32 (*Hypomanic Check List*)¹⁵
- * Els pacients amb psicosi incipient o amb quadres psicòtics recorrents poden tenir o evolucionar cap a un trastorn bipolar. Com indica el DSM-IV-TR, cal descartar la presència de símptomes afectius prominents de mania o depressió abans de diagnosticar esquizofrènia.
- * Per fer un bon cribratge del trastorn bipolar convé disposar, sempre que sigui possible, de fonts d'informació complementàries al discurs i exploració del mateix pacient, i preferiblement d'aquells qui conviuen amb ell.

Diagnòstic de trastorn bipolar

La confirmació del diagnòstic de trastorn bipolar es realitza amb una entrevista clínica que ha d'incloure l'exploració dels símptomes i signes més importants, d'acord amb els criteris de les classificacions diagnòstiques internacionals (CIM-10, DSM-IV-TR). En l'Annex 1 s'inclou el mòdul complet de diagnòstic de l'entrevista MINI, desenvolupada per a la seva utilització en l'atenció primària. La familiaritat amb el seu ús pot millorar significativament la fiabilitat diagnòstica del trastorn bipolar. En els pacients diagnosticats tant de trastorn bipolar com de depressió s'ha de valorar sistemàticament el risc de suïcidi.

Derivació a l'especialista de salut mental

* Els pacients diagnosticats de trastorn bipolar I o II han de ser derivats per a avaluació a un especialista en psiquiatria perquè faci la confirmació diagnòstica i estableixi un pla terapèutic.



* Es recomana confirmar la cita amb l'especialista en el termini màxim de 30 dies.



B. Valoració del risc de suïcidi

- * En tot pacient amb un trastorn depressiu major unipolar o bipolar o en fase mixta es recomana explorar les idees de mort i d'intenció autolítica. A
- * La història clínica d'un pacient amb trastorn bipolar haurà de recollir sempre els intents autolítics previs, la història familiar de suïcidi i el grau d'impulsivitat. √
- * En pacients amb alt risc de suïcidi es recomana un recolzament addicional freqüent i valorar-ne la derivació urgent a l'especialista de salut mental. A
- * S'haurà de considerar l'hospitalització en els pacients amb risc alt de suïcidi. √

Es proposa la valoració del risc de suïcidi mitjançant MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW Spanish Version 5.0.0 (agost 1998). Adaptació al català.

Secció C: Risc de suïcidi

<u>Durant l'últim mes:</u>				
C1	Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort?	NO	SÍ	1
C2	Ha volgut fer-se mal?	NO	SÍ	2
C3	Ha pensat en el suïcidi?	NO	SÍ	3
C4	Ha planejat suïcidar-se?	NO	SÍ	4
C5	Ha intentat suïcidar-se?	NO	SÍ	5
<u>Al llarg de la seva vida:</u>				
C6	Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	NO	SÍ	6

En cas que el clínic avaluador que fa l'entrevista valori com a positives les respostes a dues d'algunes de les preguntes, ha de fer-se la valoració del diagnòstic d'episodi depressiu amb una entrevista clínica completa.

Atès el risc de suïcidi associat a la depressió i a la fase mixta, la valoració de risc de suïcidi és una responsabilitat de qualsevol professional sanitari sigui quin sigui el seu lloc d'activitat. L'avaluació de la ideació suïcida i del risc de suïcidi ha de basar-se en l'entrevista clínica. Sempre s'ha de preguntar als pacients amb depressió directament per idees o intenció suïcida i aconsellar els pacients i els cuidadors de vigilar els canvis d'humor, negativisme, desesperança i idees suïcides, especialment en períodes de risc més elevat: inici o canvi de medicació o situacions d'estrès personal. També cal preguntar sobre si hi ha antecedents d'algun familiar suïcida o intents de suïcidi previs del mateix pacient, ja que la presència d'aquests antecedents n'augmenta el risc significativament.

Factors de risc del suïcidi consumat¹⁶:

- Temptatives de suïcidi i autolesions prèvies [OR=16.33; 95% CI=7.5-35.5]
- Depressió i trastorns afectius [OR=13.42; 95% CI=8.05-22-37]
- Trastorns per abús d'alcohol i/o d'altres tòxics [OR=5.24; 95% CI=3.3-8.3]
- Situació de convivència (viure sol, sense suport) [OR=2,1; 95% CI=1,5-2,9]
- Situació d'atur [OR=2.7; 95% CI=2-3.6]

Actuacions recomanades en el nostre entorn organitzatiu: Si el pacient té un desig actiu de cometre suïcidi i no té capacitat d'autocontrol ni suports externs per a la seva seguretat (p. ex. familiars), cal derivar-lo urgentment, tenint cura dels aspectes de seguretat en el trasllat. Si el pacient té ideació suïcida sense plans actius, es tracta d'una situació que cal seguir de prop (p. ex. a les 48 hores) i comptar amb l'especialista en salut mental. Els pacients han de saber a qui poden recórrer en cas de crisi i com anar, si cal, a un servei d'urgències.

S'ha d'instaurar el tractament de la depressió però evitant medicació que pugui ser letal en sobredosi (tricíclics i inhibidors de la monoamino-oxidasa [IMAO]). Si el pacient rep tractament amb benzodiazepines per l'ansietat, aquest hauria de ser administrat de forma supervisada per un familiar i prescrit setmanalment mentre el risc persisteixi.

Pot ser útil per a un cribratge estandarditzat del risc de suïcidi utilitzar la subescala corresponent de la MINI^{13,14} que facilita l'exploració actual (en el darrer mes) d'idees de mort, plans de suïcidi i temptatives prèvies (en qualsevol moment) i permet quantificar el nivell de risc. En el marc del model organitzatiu de salut mental de Catalunya, la detecció d'un risc clínicament significatiu de suïcidi ha d'implicar la valoració i la intervenció de l'especialista en salut mental, amb el grau d'urgència que es derivi dels resultats de l'avaluació inicial. D'acord amb els criteris de gravetat de la CIM-10, tots els casos d'episodi depressiu que inclouen entre els seus símptomes *pensaments recurrents de mort o suïcidi o qualsevol conducta suïcida* s'han de considerar com a mínim episodis depressius moderats o greus a efectes d'aplicació de les recomanacions d'aquesta GTB.






C . Maneig del trastorn bipolar no greu

El maneig del trastorn bipolar correspon principalment als centres de salut mental (CSM). El motiu principal és la complexitat del tractament, tant farmacològic com psicoeducatiu, i la gravetat potencial de la malaltia. L'equip de salut mental es coordinarà amb el d'atenció primària i amb l'hospital en els casos en què el pacient estigui essent atès en aquests nivells.



Maneig de la mania lleu-moderada i la hipomania

- * La mania aguda requereix sovint tractament en règim d'hospitalització, ja que en molts casos s'acompanya de poca consciència de malaltia o *insight* i notables alteracions conductuals o fins i tot símptomes psicòtics. A
- * La mania lleu o moderada i la hipomania, especialment quan es donen en pacients que ja han rebut psicoeducació, sí que es poden manegar ambulatoriament en el CSM. √
- * Els episodis maníacs lleus sovint augmenten de gravetat si no s'introdueix un tractament efectiu de manera ràpida o si el pacient no pren la medicació pautaada. En casos en què l'adherència terapèutica sigui dubtosa caldrà involucrar els familiars directes en el seguiment del tractament o procedir a un ingrés hospitalari. A
- * Els episodis hipomaniacs poden empitjorar de gravetat o virar cap a un episodi depressiu. Cal tractar la hipomania, fins i tot en fases incipients o lleus, per evitar el pas a la mania o la depressió. A
- * Sempre que sigui possible es tractarà la mania lleu-moderada i la hipomania amb un fàrmac amb un nivell d'evidència 1 o 2, en monoteràpia o en combinació amb un altre segons la història prèvia del pacient. √
- * En casos concrets, per raons específiques de tolerabilitat, resistència al tractament o comorbiditat, es podrà optar per opcions terapèutiques individualitzades dels nivells inferiors d'evidència. √
- * Encara que la mania i la hipomania no són susceptibles de tractar-se amb intervencions psicològiques, es recomana establir una bona aliança terapèutica i elements psicoeducatius elementals des del principi del tractament, per garantir-hi una bona adherència terapèutica. √
- * La presència de símptomes depressius durant la mania constitueix un episodi mixt i pot comportar risc de suïcidi. Els episodis mixtos requereixen una avaluació curosa del risc de suïcidi i de la necessitat d'hospitalització. El tractament farmacològic és semblant al de la mania. B

SEGUIMENT


- * Tots els pacients que presentin un episodi maníac lleu-moderat, hipomaníac, o mixt, als quals no s'hagi indicat hospitalització, hauran de ser valorats novament abans de 8 dies després de la instauració del tractament. 
- * És convenient involucrar almenys una persona de la família o equivalent en el seguiment del pacient, de manera que es pugui contrastar el grau d'eficàcia i tolerabilitat del tractament i l'adherència terapèutica. 
- * Abans d'iniciar el tractament farmacològic, el professional sanitari haurà d'informar adequadament el pacient dels beneficis que s'esperen aconseguir, dels efectes secundaris freqüents, infreqüents i personalitzats que en poguessin sorgir, tant a curt com a llarg termini i especialment de la durada del tractament. 
- * Els tractaments amb estabilitzadors com liti, àcid valproic o carbamazepina, requereixen un monitoratge de nivells plasmàtics i ajustaments de dosi en funció d'aquests i la resposta terapèutica. 
- * El seguiment dels pacients amb tractament farmacològic ha de ser estret, com a mínim durant les 8 primeres setmanes. 

DURADA DEL TRACTAMENT

- * El tractament farmacològic de la mania s'ha de mantenir en tots els pacients fins a la remissió dels símptomes, per poder passar després al tractament de manteniment. 
- * En pacients que presentin un viratge a la depressió, caldrà ajustar el tractament farmacològic en funció de les recomanacions per al tractament de la depressió bipolar. 

Maneig de la depressió bipolar

La depressió bipolar es caracteritza per estar precedida, en algun moment de la història del pacient, d'un episodi maníac, hipomaníac o mixt. Els pacients deprimits per als quals no es disposi d'informació fiable respecte a aquest tipus d'antecedents podrien tenir una depressió bipolar, especialment si es donen antecedents familiars de trastorn bipolar, o símptomes com labilitat emocional, inhibició psicomotora, hipersòmnia, hiperfàgia, resistència al tractament o símptomes psicòtics en edat infantojuvenil¹⁷.

- * La fase depressiva del trastorn bipolar no requereix, en la major part dels casos, tractament en règim d'hospitalització, i normalment es pot manejar ambulatoriament en el CSM, excepte en els casos en què hi hagi un risc elevat de suïcidi, agitació o catatònia. 

- * Els episodis depressius poden perllongar-se en el temps si no s'introdueix un tractament efectiu o si el pacient no pren la medicació pautaada. En casos en que l'adherència terapèutica sigui dubtosa caldrà involucrar els familiars directes en el seguiment del tractament o, en casos greus, procedir a ingrés hospitalari. A
- * Els episodis depressius poden virar cap a un episodi maníac, tant de manera espontània com induïda per alguns tractaments antidepressius. Cal establir mesures farmacològiques i psicoeducatives per minimitzar aquest risc. B
- * Sempre que sigui possible es tractarà la depressió bipolar amb un fàrmac amb un nivell d'evidència 1 o 2, en monoteràpia o en combinació amb un altre segons la història prèvia del pacient. √
- * En casos concrets, per raons específiques de tolerabilitat, resistència al tractament o comorbiditat, es podrà optar per opcions terapèutiques individualitzades dels nivells inferiors d'evidència. √
- * No s'ha demostrat l'eficàcia de les intervencions psicològiques en la depressió bipolar si no van acompanyades d'un tractament farmacològic apropiat. B
- * La simptomatologia depressiva subclínica o residual persistent s'associa a disfuncions cognitives, pitjor funcionament psicosocial i major risc de recaigudes. Cal tractar la depressió bipolar amb l'objectiu d'assolir una remissió clínica total sempre que sigui possible. B

SEGUIMENT

- * Tots els pacients amb trastorn bipolar que presentin un episodi depressiu hauran de ser valorats novament abans de 15 dies després de la instauració del tractament. √
- * És convenient involucrar almenys una persona de la família o equivalent en el seguiment del pacient, de manera que es pugui contrastar el grau d'eficàcia i tolerabilitat del tractament i l'adherència terapèutica. √
- * Abans d'iniciar el tractament farmacològic, el professional sanitari haurà d'informar adequadament el pacient dels beneficis que s'esperen aconseguir, dels efectes secundaris freqüents, infreqüents i personalitzats que en poguessin sorgir, tant a curt com a llarg termini i especialment de la durada del tractament. √
- * Els tractaments amb estabilitzadors com liti, àcid valproic o carbamazepina, requereixen un monitoratge de nivells plasmàtics i ajustaments de dosi en funció d'aquests i la resposta terapèutica. A
- * El seguiment dels pacients amb tractament farmacològic ha de ser estret, com a mínim durant les 8 primeres setmanes i després segons l'evolució. √

DURADA DEL TRACTAMENT

- * El tractament farmacològic de la depressió bipolar s'ha de mantenir en tots els pacients fins a la remissió dels símptomes, per poder passar després al tractament de manteniment.

A

D. Maneig de la fase de manteniment

El tractament de manteniment del trastorn bipolar correspon fonamentalment al CSM excepte en els casos d'alta complexitat, que s'atendran en el nivell de programes especialitzats. Durant aquesta fase és especialment important treballar amb el pacient i, si pot ser, amb la família, per assegurar que es comprèn la necessitat de tractament a llarg termini per prevenir futures recaigudes.

- * La fase d'eutímia o remissió del trastorn bipolar pot fer que el pacient pensi que ja ha superat la malaltia i que no hi ha necessitat de tractament, però en tractar-se d'una patologia altament recurrent és fonamental establir una relació terapèutica que permeti establir un tractament de durada indefinida. A
- * Les intervencions psicoeducatives són complements imprescindibles al tractament farmacològic per millorar l'adherència terapèutica i una bona adaptació psicosocial. Quan l'adherència sigui dubtosa, caldrà involucrar els familiars directes en el seguiment del tractament. B
- * Les recaigudes poden sobrevenir tant de manera espontània com induïdes per modificacions del tractament. Cal evitar caure en discussions sobre les dosis de medicació amb el pacient que puguin conduir a l'ús de quantitats subterapèutiques dels tractaments profilàctics. B
- * Sempre que sigui possible es realitzarà el tractament de manteniment amb un fàrmac amb un nivell d'evidència 1 o 2, en monoteràpia o en combinació amb un altre segons la història prèvia del pacient. A
- * En casos concrets, per raons específiques de tolerabilitat, resistència al tractament o comorbiditat, es podrà optar per opcions terapèutiques individualitzades del nivells inferiors d'evidència. √
- * No s'ha demostrat l'eficàcia de les intervencions psicològiques si no van acompanyades d'un tractament farmacològic apropiat; però en conjunció amb aquest, les intervencions psicoeducatives en grup o individuals i familiars i la teràpia cognitivoconductual han demostrat reduir el risc de recaigudes tant maníacques com depressives. B
- * No s'aconsella la retirada d'un tractament farmacològic efectiu en profilaxi si no es donen problemes de tolerabilitat o situacions especials (embaràs, contraindicacions) que així ho aconsellin. B
- * Els tractaments amb estabilitzadors com liti, àcid valproic o carbamazepina, requereixen un monitoratge de nivells plasmàtics amb una periodicitat mínima anual i flexible segon l'evolució. A

Monitoratge i cura de la salut física

- * Independentment de la seva derivació al CSM, els pacients amb trastorn bipolar han de ser monitorats en la seva salut física en coordinació amb l'atenció primària. A
- * Als pacients amb trastorn bipolar que no estiguin en una fase maníaca, mixta o hipomaniàca se'ls hauria de recomanar programes d'exercici estructurat i supervisat, d'intensitat moderada, freqüència de 2-3 cops per setmana, durada de 40-45 minuts i per espai de 10 a 12 setmanes. √

E. Atenció a episodis aguts i/o de risc vital

- Risc vital (per temptativa de suïcidi o comorbiditat)
- Descontrol conductual greu. Mania aguda
- Depressió bipolar aguda greu o episodi mixt greu
- Incapacitat per a l'autocura

Hi corresponen una bona part dels casos de mania aguda i alguns casos de depressió bipolar greu i mixtos, o bé de resistència al tractament agut o que comportin situacions especials de risc per al pacient i/o per al seu entorn immediat. Els pacients que requereixen una valoració mèdica urgent, els que presenten comorbiditat mèdica o psiquiàtrica, alteracions de conducta greus (com grans despeses econòmiques, projectes megalomaniacs, etc.), símptomes psicòtics, alt risc de suïcidi, trastorns neuropsiquiàtrics aguts, múltiples patologies associades a l'edat (pacient psicogeriatric), o dificultats per a l'autocura, amb freqüència necessiten intervencions intenses i urgents que s'han d'implementar en condicions segures i amb el suport d'altres especialistes en les unitats d'aguts dels hospitals.

Objectius del tractament en la unitat d'aguts

L'objectiu principal del tractament en la unitat d'aguts és intentar retornar el pacient a serveis d'atenció de menor intensitat, de manera que es trobi en condicions de tenir una autonomia i capacitat d'autocura que facin innecessari el tractament hospitalari. Inclou uns objectius a curt termini, que consisteixen a tractar l'emergència i els símptomes més discapacitants, i uns objectius a més llarg termini, molts dels quals s'arribaran a assolir a altres nivells (extrahospitalaris), però que requereixen certa atenció des del moment de l'hospitalització, ja que decisions com quin tractament escollir poden tenir un impacte important en objectius intermedis com assolir la remissió clínica i funcional, o assegurar una bona tolerabilitat i una bona adherència al tractament.

OBJECTIUS

- * Tractar els símptomes més greus
 - Agitació
 - Símptomes psicòtics
 - Descontrol conductual
 - Catatònia
- * Assolir la remissió clínica
 - Els símptomes subclínic i residuals afavoreixen les recaigudes i una mala adaptació psicosocial
- * Prevenir recaigudes i viratges (canvis de fase)
- * Prevenir la conducta suïcida
- * Assegurar una bona adherència al tractament
- * Minimitzar els efectes adversos del tractament

A

A

A

B






B




A

F. Atenció temporal a pacients d'alta complexitat

El trastorn bipolar és una patologia complexa que en casos difícils pot requerir un grau d'especialització molt elevat i l'ús d'uns recursos que només són a l'abast en centres de tercer nivell. El percentatge de casos d'alta complexitat podria estar al voltant del 15-20% en funció de la definició que es doni al terme "alta complexitat". Per exemple, es calcula que un 15% dels pacients amb mania complirien criteris de "mania crònica" o resistent al tractament¹⁸; segons la definició més recent de depressió bipolar resistent¹⁹, fins a un 28% de les fases depressives no respondrien a les dues estratègies terapèutiques de primer nivell, i també s'ha descrit que un 18% dels pacients bipolars tenen un curs caracteritzat per cicles ràpids, el que significa una freqüència de recaigudes superior a quatre a l'any i un major risc de suïcidi². La comorbiditat, que pot arribar a ser altíssima en aquesta malaltia, especialment amb abús de substàncies i trastorns d'ansietat i de personalitat, afegeix un factor de complexitat més i incrementa el risc de suïcidi^{20,21}. Els pacients complexos poden requerir tractaments combinats amb diversos fàrmacs i/o intervencions biofísiques com la teràpia electroconvulsiva, l'estimulació del nervi vague mitjançant un dispositiu subcutani, o tècniques d'estimulació cerebral profunda. Abans de determinar la necessitat que un pacient agut sigui visitat pels equips hospitalaris especialitzats (terciarisme), caldrà comprovar que no ha respost al tractament prescrit en els CSM. El tractament específic dels cicladors ràpids i de les poblacions especials (nens i adolescents, pacients embarassades, gent gran) es pot consultar al document complet de la GTB. En els pacients que reuneixin criteris d'alta complexitat, el CSM i l'equip d'atenció especialitzada dels centres hospitalaris terciaris es coordinaran perquè se'ls pugui atendre durant el temps necessari per confirmar la complexitat del cas i planificar un enfocament terapèutic adient, fins que el pacient es trobi en condicions de continuar el tractament al CSM. L'atenció del pacient als centres o programes especialitzats no implicarà una desvinculació temporal del seu CSM, sinó una col·laboració entre ambdós centres per optimitzar-ne el tractament. El CSM mantindrà sempre la centralitat de la cura del pacient i les unitats especialitzades seran recursos de suport temporal, com ho pot ser la unitat d'aguts quan el pacient ho requereix.

Criteris de complexitat

- * Mania aguda o mixta que no respongui a tres estratègies terapèutiques diferents classificades amb grau de recomanació A a dosis plenes. 
- * Depressió bipolar resistent amb falta de resposta a tres estratègies terapèutiques. 
- * Ciclació ràpida (més de 4 episodis a l'any) que no respongui al tractament a llarg termini. 
- * Comorbiditat mèdica greu que requereixi tractament de tercer nivell per a la patologia mèdica (p.ex. trasplantament) en pacient amb trastorn bipolar no estable. 
- * Comorbiditat psiquiàtrica greu (també amb trastorns de personalitat) que comporti problemes d'adherència i resposta terapèutica i risc elevat de suïcidi. 

- * Pacients que requereixin tractament electroconvulsiu de manteniment o altres teràpies biofísiques. 
- * Pacients que requereixin intervencions psicoterapèutiques d'alta complexitat o especialització (p.ex.: rehabilitació neurocognitiva). 
- * Pacients que requereixin monitoratge exhaustiu de psicofàrmacs. 

TRACTAMENTS

A continuació s'exposen els tractaments disponibles a Catalunya per al tractament del trastorn bipolar en les diferents fases acompanyats del grau de recomanació segons els nivells d'evidència descrits al principi d'aquesta GTB.

Tractament farmacològic

Les llistes i taules que s'exposen a continuació es refereixen a monoteràpia en la major part dels casos, però cal destacar que la major part dels pacients bipolars reben tractaments combinats. L'excepció és la lamotrigina, per a la qual l'evidència és millor en combinació amb liti que en monoteràpia, i la fluoxetina (ambdues en fase depressiva). Les combinacions avalades per l'evidència científica per a la mania aguda són les de certs antipsicòtics (aripirazol, olanzapina, quetiapina i risperidona) amb liti o valproat. Per a asenapina hi ha evidència en monoteràpia i combinació, però a l'hora d'editar aquesta guia no està comercialitzada a Catalunya i, per tant, li correspon una C. La clozapina és un medicament d'especial control mèdic i prescripció restringida i subjecte a un programa especial de farmacovigilància per part de l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris. En manteniment, hi ha evidència positiva per a les combinacions d'olanzapina, quetiapina, risperidona injectable de llarga durada, i ziprasidona amb liti o valproat. Fàrmacs com el liti, fonamentalment, però també el valproat i la carbamazepina, haurien de ser monitorats durant el tractament. Cal fer determinacions plasmàtiques quan s'inicia el tractament, a cada canvi de dosi, i almenys cada 6 mesos (liti) o 1 any (valproic i carbamazepina). Per a nivells plasmàtics i dosificacions dels diversos fàrmacs, consulteu el document complet de la guia.

Tractament de la mania aguda

Fàrmacs amb grau de recomanació A (per ordre alfabètic)

Aripirazol	A
Carbamazepina	A
Liti	A
Olanzapina	A
Quetiapina	A
Risperidona	A
Ziprasidona	A

Fàrmacs amb grau de recomanació B (per ordre alfabètic)

Amisulpride	B
Clorpromacina	B
Clozapina	B
Haloperidol	B
Paliperidona	B
Valproat	B

Fàrmacs amb grau de recomanació C (per ordre alfabètic)

Asenapina	C
Oxcarbazepina	C
Tamoxifè	C

Evidència negativa (evidència de manca d'eficàcia) en la mania aguda: gabapentina, lamotrigina, licarbazepina, topiramata.

Tractament de la depressió bipolar aguda

Fàrmacs amb grau de recomanació A (per ordre alfabètic)

Quetiapina	A
Lamotrigina	A

Fàrmacs amb grau de recomanació B (per ordre alfabètic)

Fluoxetina	B
Liti	B
Olanzapina	B

Fàrmacs amb grau de recomanació C (per ordre alfabètic)

Armodafinil	C
Carbamazepina	C
Modafinil	C
Pramipexol	C

Evidència negativa (evidència de manca d'eficàcia) en la depressió bipolar aguda: aripirazol, paroxetina, risperidona, ziprasidona.

Tractament de manteniment

Malgrat tenir graus similars de recomanació, els tractaments poden variar segons el seu perfil d'eficàcia preventiva. Els tractaments amb major eficàcia preventiva antimaniaca seran més apropiats per a pacients amb polaritat predominant maníaca, i viceversa respecte als fàrmacs amb major eficàcia preventiva de fases depressives. La major part d'antipsicòtics són més eficaços prevenint la mania que la depressió, amb l'excepció de la quetiapina, que és neutra. El liti i el valproat són més aviat neutres però potser millors prevenint la mania. Només la lamotrigina sembla més eficaça prevenint la depressió que la mania.

Fàrmacs amb grau de recomanació A (per ordre alfabètic)

Aripiprazol	A
Lamotrigina	A
Liti	A
Olanzapina	A
Quetiapina	A
Risperidona injectable de llarga durada	A
Ziprasidona	A

Fàrmacs amb grau de recomanació B (per ordre alfabètic)

Carbamazepina	B
Clozapina	B
Valproat	B

El valproat, malgrat tenir un grau de recomanació B en monoteràpia, disposa de dades positives en manteniment en associació amb altres fàrmacs (liti, quetiapina i ziprasidona).

Fàrmacs amb grau de recomanació C (per ordre alfabètic)

Asenapina	C
Oxcarbazepina	C

Evidència negativa (evidència de manca d'eficàcia) en manteniment: imipramina.

Tractament electroconvulsiu

Té un grau de recomanació B, tant per a la mania com per a la depressió bipolar aguda i el manteniment.

Intervencions psicològiques i psicoeducatives

Tractament de la mania aguda

Cap. No hi ha evidència d'eficàcia de cap tractament psicosocial en la fase aguda de la mania.

Tractament de la depressió bipolar aguda

Hi ha evidència limitada de l'eficàcia de certs tractaments, que no superen el grau C (ordre alfabètic).

Intervenció familiar	C
Teràpia cognitivoconductual	C
Teràpia interpersonal i de ritmes socials	C

Tractament de manteniment

En aquest punt és on hi ha més evidència d'eficàcia de les intervencions psicològiques: en la prevenció de recaigudes, especialment quan el pacient ha superat la fase aguda i es troba en remissió clínica. Els tractaments psicològics sempre són complementaris i mai no substitueixen la medicació.

Intervenció familiar	B
Psicoeducació en grup	B
Psicoeducació familiar	B
Teràpia cognitivoconductual	B
Teràpia interpersonal i de ritmes socials	C

Les tècniques de rehabilitació neurocognitiva encara no han estat avaluades en el trastorn bipolar. La rehabilitació psicosocial dels pacients bipolars té unes necessitats específiques que hauran de ser considerades en els dispositius de rehabilitació com hospitals de dia i centres de dia, actualment molt orientats a l'atenció de pacients amb formes cròniques d'esquizofrènia. Per a més informació, consulteu el Pla funcional de rehabilitació comunitària del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

INDICADORS D'IMPLEMENTACIÓ

1. INDICADOR DE PREVALENÇA

Població atesa al CSM amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).

Adults:

- **Numerador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM amb diagnòstic d'F30, F31, F34.0.
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM.

El percentatge hauria de ser >15%

2. INDICADOR D'INCIDÈNCIA

Població atesa al CSM amb diagnòstic nou de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).

Adults:

- **Numerador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM amb diagnòstic nou d'F30, F31, F34.0.
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM.

El percentatge hauria de ser >5%

3. INDICADOR DE QUALITAT

Població atesa al CSM amb trastorn bipolar en tractament amb fàrmacs amb grau de recomanació A o B d'aquesta guia (en direm tractament estabilitzador).

- **Numerador:** nombre de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM i amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0) que han rebut tractament estabilitzador durant el darrer any.
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'atenció primària amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).

El percentatge hauria de ser >70%

4. INDICADOR DE PROCÉS/MULTIDISCIPLINARIETAT

Població atesa al CSM amb trastorn bipolar en tractament psicològic amb grau de recomanació A o B d'aquesta guia (en direm tractament psicoeducatiu).

- **Numerador:** nombre de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM i amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0) que han rebut tractament psicoeducatiu durant el darrer any.
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any a l'atenció primària amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).

El percentatge hauria de ser >50%

5. INDICADOR D'EFICIÈNCIA

Població atesa al CSM amb trastorn bipolar en tractament amb estabilitzadors amb bon perfil de cost-eficàcia (liti).

- **Numerador:** nombre de persones de 18 i més anys ateses durant el darrer any al CSM i amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0) que han rebut tractament amb liti.
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0) i qualsevol tractament farmacològic.

El percentatge hauria de ser >30%

6. INDICADOR DE RESULTAT

Població amb trastorn bipolar atesa al CSM que no ha requerit hospitalització aguda en el darrer any.

- **Numerador:** nombre de persones de 18 i més anys ateses al CSM el darrer any que han necessitat hospitalització a unitat d'aguts amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).
- **Denominador:** nombre total de persones de 18 i més anys ateses el darrer any al CSM amb diagnòstic de trastorn bipolar (F30, F31, F34.0).

El percentatge hauria de ser <25%

INFORMACIÓ PER A PACIENTS I FAMILIARS

El trastorn bipolar és una malaltia que es caracteritza per canvis en l'estat d'ànim, l'activitat, l'energia i el son, de caràcter cíclic, consistents en etapes d'hiperactivitat, irritabilitat i eufòria, alternades amb etapes de pèrdua d'il·lusions, cansament, tristesa i manca d'energia. Aquestes fases s'alternen sovint amb períodes de normalitat i de vegades es poden presentar barrejades (episodi mixt).

Aquesta és una malaltia de la regulació de l'energia i l'estat afectiu, en la qual les àrees del cervell que s'ocupen d'aquestes funcions no treballen adequadament. Es tracta d'una malaltia que disposa de tractaments eficaços, que permeten mantenir-la sota control en la major part dels casos. El tractament farmacològic és imprescindible i convé complementar-lo amb tractament psicològic de caire psicoeducatiu. La família juga un paper molt important donant suport al pacient i ajudant-lo a reconèixer les recaigudes i a prendre correctament el tractament.

En cas d'una recaiguda greu, tant maníaca com depressiva, pot ser necessària una hospitalització. Alguns pacients tenen dificultats per entendre i acceptar la malaltia, i tendeixen a culpar a tercers dels seus símptomes. Les persones afectades per aquest trastorn necessiten sovint un cert temps per assimilar la malaltia i fer el que cal per evitar-ne les complicacions. El diagnòstic és fonamentalment clínic, i no es disposa d'exploracions complementàries confirmatòries a dia d'avui.

Per a més informació sobre els símptomes, el diagnòstic, el pronòstic i el tractament, podeu consultar els webs i llibres següents:

Llibres: *La malaltia de les emocions: El trastorn bipolar*
E. Vieta, F. Colom, i A. Martínez-Arán. Columna edicions, 1999.

De la euforia a la tristesa. El trastorno bipolar: cómo conocerlo y tratarlo para mejorar la vida
Francesc Colom & Eduard Vieta. La esfera de los libros, 2008.

Webs: www.bipolarclinic.org
www.forumclinic.org
www.puedoser.es

ANNEX 1. HYPOMANIA CHECKLIST (HLC-32)

Versió validada en castellà¹⁵

En diferentes momentos de la vida se experimentan cambios o fluctuaciones de energía, actividad y estado de ánimo (altibajos). El objetivo de este cuestionario es evaluar las características de los períodos de estado de ánimo elevado.

1) En primer lugar, indique cómo se encuentra hoy en comparación con su estado habitual:

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Mucho peor que de costumbre	Peor que de costumbre	Un poco peor que de costumbre	Ni mejor ni peor que de costumbre	Un poco mejor que de costumbre	Mejor que de costumbre	Mucho mejor que de costumbre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Comparado con otras personas, ¿cómo se siente usted habitualmente? Independientemente de cómo se encuentra hoy, por favor, indíquenos cómo se siente usted normalmente en comparación con otras personas marcando cuál de las afirmaciones siguientes le describen mejor.

En comparación con otras personas mi nivel de actividad, energía y estado de ánimo...

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

... es siempre bastante estable y equilibrado	... es generalmente superior	... es generalmente inferior	... repetidamente muestra altibajos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Por favor, trate de recordar un período en el que usted estuviera en un estado de ánimo elevado. ¿Cómo se sintió entonces? Por favor, conteste todas estas afirmaciones independientemente de su estado actual.

En ese estado:

	SÍ	NO
1. Necesito dormir menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento con más energía y más activo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me siento más seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Disfruto más de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Soy más sociable (hago más llamadas telefónicas, salgo más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiero viajar y viajo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Suelo conducir más rápido o de forma más arriesgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gasto más/demasiado dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me arriesgo más en mi vida diaria (en mi trabajo y/u otras actividades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Físicamente estoy más activo/a (deporte, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Reacciones y comentarios de otras personas acerca de sus estados de ánimo elevado.
¿Cómo fueron las reacciones o comentarios de las personas cercanas a usted sobre sus períodos de estado de ánimo elevado?

(Por favor, marque sólo una de las siguientes opciones)

Positivas (animando o apoyando)	Neutras	Negativas (preocupación, molestia, irritación, crítica)	Positivas y negativas	Ninguna reacción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) La duración de sus períodos de estado de ánimo elevado por norma general (por término medio) es de...

<input type="checkbox"/> 1 día	<input type="checkbox"/> Más de una semana
<input type="checkbox"/> 2-3 días	<input type="checkbox"/> Más de un mes
<input type="checkbox"/> 4-7 días	<input type="checkbox"/> No sabría valorarla / no lo sé

8) ¿En los últimos 12 meses ha experimentado un período de estado de ánimo elevado?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

9) En caso afirmativo, por favor, estime cuántos días pasó con el estado de ánimo elevado durante los últimos 12 meses

En conjunto: unos días

HYPOMANIA CHECKLIST (HCL-32)¹⁵

INSTRUCCIONS

The Hypomania Checklist és un instrument específic i sensible que requereix condicions estàndards d'aplicació. És un qüestionari autoadministrat que contesten directament els pacients. Les instruccions que s'han de donar són:

“... lea detenidamente y con atención cada una de las preguntas que encontrará en esta hoja y conteste a cada una de ellas señalando la respuesta que usted considere más adecuada en cada caso. No deje ninguna pregunta sin contestar.”

És recomanable assegurar-se que el pacient ha entès les instruccions i que pot omplir el qüestionari amb intimitat i confort. El període simptomàtic considerat ha de ser com a mínim d'una setmana, d'acord amb els criteris per a episodis maníacs del DSM-IV-TR.

PUNTUACIÓ

El total s'obté sumant les respostes afirmatives en l'escala de 32 símptomes inclosos en l'ítem 3 del qüestionari. Si la puntuació total és de 14 o més respostes afirmatives és necessari descartar un trastorn bipolar.

L'anàlisi factorial revela dos factors pels quals es pot obtenir la puntuació de cada pacient, a més de la global.

- Factor 1: símptomes hipomaniacs relacionats amb l'energia-activitat.
- Suma de les respostes afirmatives als símptomes 2, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 24 y 28 (ítem 3).
- Factor 2: símptomes hipomaniacs relacionats amb desinhibició, autocontrol i capacitat d'atenció.
- Suma de respostes afirmatives als símptomes 1, 7, 8, 9, 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30 i 31 (ítem 3).

La puntuació obtinguda per cada factor recolza el resultat obtingut d'acord amb el criteri estandarditzat (14 o més).

ABREVIACIONS

AIAQS:	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut
CIBERSAM:	Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
CIM-10:	Classificació internacional de malalties, 10a revisió
CSM:	centre de salut mental
DSM-IV-TR:	Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, 4a edició, text revisat, de l'American Psychiatric Association
GPC:	guia de pràctica clínica
GTB:	Guia sobre el maneig del trastorn bipolar a Catalunya
HCL-32:	<i>Hypomanic Check List</i>
IMAO:	inhibidors de la monoamino-oxidasa
MINI:	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
NICE:	National Institute for Health and Clinical Excellence
SEMERGEN:	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMFyC:	Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria
SIGN:	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

BIBLIOGRAFIA

1. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE Clinical Guidelines 38. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord.* 2009;11(3):225–55.
3. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. *World J Biol Psychiatry.* 2009;10(2):85-116.
4. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Möller HJ, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11(2):81-109.
5. Goodwin GM, Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition-- recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2009;23(4):346-88.
6. Kasper S, Calabrese JR, Johnson G, Tajima O, Vieta E, Viguera A, et al. International Consensus Group on the Evidence-based Pharmacological Treatment of Bipolar I and II Depression. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(10):1632-46.
7. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salud Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
9. Casas M, Franco MD, Goikolea JM, Jiménez-Arriero MA, Martínez-Raga J, Roncero C, et al. Guía clínica española para el manejo del paciente con trastorno bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual). Madrid; 2007.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guía de Práctica Clínica: AATRM Nº 2007/18.

11. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE Clinical Guidelines 38. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007.
12. Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya. Barcelona: Pla Director de Salut Mental i addiccions de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible a:
www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2122/index.html
13. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33.
14. Ferrando L, Franco AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. MINI International Neuropsychiatric Interview. Spanish version 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP; 1998.
15. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Bulbena A, Chamorro L, Ramos JL, Artal J, et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32). *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):43-55.
16. Garcia-Amador M, Colom F, Valentí M, Horga G, Vieta E. Suicide risk in rapid cycling bipolar patients. *J Affect Disord*. 2009;117(1-2):74-8.
17. Parellada M, Fraguas D, Bombín I, Otero S, Castro-Fornieles J, Baeza I, et al. Insight correlates in child- and adolescent-onset first episodes of psychosis: results from the CAFEPS study. *Psychol Med*. 2009;39(9):1433-45.
18. Van Riel WG, Vieta E, Martínez-Arán A, Haro JM, Bertsch J, Reed C, et al. Chronic mania revisited: factors associated with treatment non-response during prospective follow-up of a large European cohort (EMBLEM). *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):313-20.
19. Pacchiarotti I, Mazzarini L, Colom F, Sánchez-Moreno J, Girardi P, Kotzalidis GD, et al. Treatment-resistant bipolar depression: towards a new definition. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(6):429-40.
20. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Reinares M, Gastó C. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry*. 2000;41(5):339-43.
21. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, et al. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord*. 2001;3(5):253-8.



World Health Organization
Collaborating Centre for
Health Technology Assessment



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu