

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN SANITARIA
DEPARTAMENTO EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SALUD BASADA EN
EVIDENCIA

Informe de Revisión de Vigencia al 2018 de las Recomendaciones de Guía de Práctica Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del 2013

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en conjunto con la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, realiza periódicamente el proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

Para la actualización de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más, se realizó la revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

El proceso de revisión de vigencia, se divide en dos etapas:

1

Etapla 1. Evaluación Metodológica de las Recomendaciones: Profesionales del Ministerio de Salud de Chile, familiarizados con la metodología de actualización de Guías de Práctica Clínica, evaluaron independientemente cada una de las recomendaciones claves de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013, distinguiendo si cumplían o no los siguientes criterios:

- La recomendación propone realizar UNA acción concreta.
- La acción (que propone la recomendación) es factible de implementar y de evaluar.

Luego se seleccionaron todas aquellas recomendaciones donde el 60% o más de los evaluadores consideraron que la recomendación clave cumplía ambos criterios. En el caso de esta guía, se definió que 19 recomendaciones estaban adecuadamente formuladas, ver detalle en Anexo 01.

Etapla 2. Evaluación de Vigencia Clínica: Las recomendaciones seleccionadas en la etapa 1, fueron evaluadas por los profesionales del equipo elaborador de la guía que ejercen la práctica clínica, a través de una encuesta online. Cada evaluador que se consideró con competencias para evaluar la recomendación, respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 a 6, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo:

- ¿La recomendación propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población?

- ¿La recomendación propone una acción que se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso)?

Las respuestas fueron analizadas para cada criterio y recomendación. Cuando la mediana del total de evaluador obtuvo puntaje 4 o más en ambos criterios, la recomendación se consideró VIGENTE. Si la mediana del puntaje fue menor a 4 en al menos un criterio, la recomendación se definió como NO VIGENTE. Posteriormente los resultados fueron revisados por el equipo elaborador de la guía, donde se descartaron algunas recomendaciones por consenso grupal, ver detalle en Anexo 02.

Tras realizar la evaluación metodológica y la evaluación de vigencia clínica de las recomendaciones claves evaluadas, se definieron las siguientes como vigentes:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018 de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013	
1.	Evaluar antecedentes de enfermedad mental en familiares, en especial de primer grado (madre, padre, hermanos e hijos) como factor de riesgo para el trastorno bipolar. ¹
2.	Se debe realizar diagnóstico según criterios CIE-10 o DSM-V ² y consignar diagnóstico de trastorno bipolar según criterios CIE-10.
3.	La confirmación diagnóstica debe ser realizada por psiquiatra adulto o infanto-adolescente según corresponda.
4.	Para la terapia de mantenimiento y prevención de recaídas/recurrencias considerar el uso de clozapina solo en pacientes resistentes a tratamiento.
5.	Utilizar litio como agente profiláctico preferente independientemente de la polaridad predominante.
6.	En episodio actual de manía utilizar como primera línea de tratamiento en monoterapia: litio, valproato y antipsicóticos atípicos. ¹
7.	En caso de manía aguda severa utilizar como primera línea la combinación de litio o valproato junto a un antipsicótico atípico (como risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol o asenapina).
8.	Realizar psicoeducación para mejorar el pronóstico y curso clínico de la enfermedad y en el funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar. ¹
9.	Realizar Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para prevenir recurrencias, recaídas y disminuir severidad del episodio actual depresivo. ¹
10.	Utilizar terapia enfocada en la familia (FFT) para mejorar síntomas globales y prevención de nuevos episodios.
11.	Utilizar la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) para reducir tiempo de recuperación y mejora en el funcionamiento global.
12.	No realizar intervenciones psicoterapéuticas estructuradas durante episodio actual de manía.
13.	Se recomienda monitorear en cada control la presencia de síntomas, con el propósito de mantener la eutimia y la funcionalidad del paciente.
14.	Realizar evaluación neuropsicológica en pacientes con eutimia sostenida que no han recuperado su funcionalidad premórbida.

¹ Respecto a la versión original de la guía se hace precisiones de redacción acordadas con el panel de expertos asistentes a la reunión de formulación de preguntas clínicas.

² Respecto a la versión original de la guía se del DS-IV TR por DSM-V, dado que ya se encuentra vigente.

ANEXO 01. Resultados de evaluación metodológica de las recomendaciones claves de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013.

Recomendaciones	Nivel de certeza	Resultado de la evaluación metodológica ¹
Evaluar antecedentes de trastorno bipolar en familiares, en especial de primer grado (madre, padre, hermanos e hijos) como factor de riesgo para el trastorno bipolar.	3 C	Formulación adecuada
Sospechar trastorno bipolar en consultantes adultos*, si existe: historia personal de manía o hipomanía, historia familiar de trastorno del ánimo, trastorno depresivo antes de los 25 años, trastorno depresivos con síntomas psicóticos, episodios depresivos recurrentes y/o resistentes a tratamiento y/o viraje anímico secundario al uso de estimulantes o antidepresivos. <i>*La OMS considera como adultos a las personas de 20 años o más; sin embargo, la literatura reporta la evidencia de adulto desde los 18 años en adelante.</i>	3 C	Formulación inadecuada
Sospechar trastorno bipolar en consultantes adolescentes* si existe: historia personal de manía o hipomanía, historia familiar de trastorno del ánimo, trastorno depresivos con síntomas psicóticos, episodios depresivos recurrentes y/o resistentes a tratamiento, viraje anímico secundario al uso de estimulantes o antidepresivos, presentación episódica de síntomas aparentemente similares al trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH), alteraciones conductuales graves, presentación de síntomas ansiosos recurrentes, irritabilidad, episodios de autoagresiones o intentos de suicidio. <i>*La OMS considera como adolescentes a las personas de 10 a 19 años; sin embargo, la literatura reporta la evidencia de adolescente considerando a los menores de 18 años.</i>	3 C	Formulación inadecuada
Se aconseja aplicar el MDQ como instrumento de tamizaje en personas de 18 años o más con sospecha diagnóstica o con factores de riesgo, como antecedente de depresión recurrente (≥ 3 episodios), edad de inicio ≤ 25 años, antecedentes de enfermedad bipolar en familiares de primer grado, no aconsejándose su aplicación en población consultante general.	3 C	Formulación adecuada
Ante la sospecha de trastorno bipolar realizar intervenciones psicosociales hasta confirmar o descartar el diagnóstico. En adolescentes incluir intervenciones en el contexto familiar y escolar.	3 C	Formulación inadecuada
Descartar diagnóstico de trastorno bipolar frente a un paciente con aparente trastorno depresivo unipolar. ²	3 C	Formulación adecuada

Se debe realizar diagnóstico según criterios CIE-10 o DSM IV-TR* y consignar diagnóstico de trastorno bipolar según criterios CIE-10. <i>*Utilizar los criterios DSM IV-TR hasta la entrada en vigencia de los criterios DSM -5</i>	3 C	Formulación adecuada
La confirmación diagnóstica debe ser realizada por psiquiatra adulto o infanto-adolescente según corresponda.	3 C	Formulación adecuada
Para la confirmación diagnóstica realizar una completa evaluación clínica, que incluya: anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio, EEG y/o imágenes según corresponda.	3 C	Formulación inadecuada
El tratamiento del trastorno bipolar debe ser multimodal, incluyendo intervenciones biológicas y psicosociales, tanto a nivel individual como familiar. En el caso de adolescentes incluir intervenciones escolares.	2B	Formulación inadecuada
En caso de episodio actual depresivo, manía o mixto evaluar siempre riesgo suicida y conductas de auto o heteroagresión. Si el riesgo es alto derivar a psiquiatra y evalúe la necesidad de manejo en contexto de hospitalización.	3 C	Formulación inadecuada
Para la prevención de recaídas/recurrencias, utilizar como agentes de segunda línea: a) Monoterapia: - Carbamazepina b) Combinación: - litio + valproato - litio + carbamazepina - litio o valproato + olanzapina - litio + risperidona - litio + lamotrigina. Desaconsejándose el uso de: - topiramato - gabapentina y - antidepresivos	1A	Formulación inadecuada
Para la terapia de mantenimiento y prevención de recaídas/recurrencias considerar el uso de clozapina solo en pacientes resistentes a tratamiento.	2B	Formulación adecuada
Para establecer el tratamiento de mantenimiento considerar la polaridad predominante en el curso de la enfermedad (maníaca o depresiva). Para prevenir episodios depresivos utilizar preferentemente lamotrigina y quetiapina. Para prevenir episodios maníacos utilizar preferentemente litio y olanzapina.	3C	Formulación adecuada
En fase de mantenimiento utilizar aquel fármaco que fue útil en fase aguda y que tenga evidencia o recomendación en fase de mantenimiento.	3C	Formulación inadecuada
Utilizar litio como agente profiláctico preferente independientemente de la polaridad predominante.	3C	Formulación adecuada

En la evaluación del tratamiento de mantenimiento considerar el perfil de efectos colaterales de los fármacos en uso para favorecer la adherencia al tratamiento, calidad de vida y tratamiento de otras comorbilidades psiquiátricas o médicas.	1A	Formulación inadecuada
En episodio actual de manía utilizar como primera línea de tratamiento: litio, valproato y antipsicóticos atípicos.	3C	Formulación adecuada
En caso de manía aguda severa utilizar como primera línea la combinación de litio o valproato junto a un antipsicótico atípico (como risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol o asenapina).	1A	Formulación adecuada
En caso de episodio de manía debe evitarse la combinación de carbamazepina con risperidona u olanzapina	1A	Formulación adecuada
En episodio actual depresivo utilizar en primera línea: Monoterapia: litio, lamotrigina, quetiapina, quetiapina XR, o Terapia combinada: litio/divalproato + ISRS, olanzapina + ISRS, litio + divalproato, litio/divalproato + bupropion	2B	Formulación inadecuada
En caso de ser requerido el uso de antidepresivo en episodio actual depresivo, utilizar ISRSs o Bupropion, siempre en combinación con estabilizadores como litio o valproato, reevaluando periódicamente su indicación.	2B	Formulación adecuada
Para evaluar la estrategia terapéutica de episodio actual depresivo debe transcurrir un período de tratamiento de 6 a 8 semanas con dosis terapéuticas. Si no hay respuesta favorable cambie de fármaco o combine con otro agente.	3C	Formulación inadecuada
En episodio actual de depresión en adolescentes con riesgos o sospecha de trastorno bipolar, pero sin riesgo de suicidio o autoagresión, comenzar con intervención psicosocial y manejo hasta confirmar diagnóstico.	3C	Formulación inadecuada
En fase de mantenimiento utilizar preferentemente intervenciones psicoterapéuticas con evidencia para trastorno bipolar, tales como: - psicoeducación grupal (Colom). - terapia enfocada en la familia (FFT) (Miklowitz). - psicoterapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) (Ellen Frank). - Terapia cognitiva conductual (TCC).	3C	Formulación inadecuada
Realizar psicoeducación para mejorar el curso clínico de la enfermedad y en el funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar.	3C	Formulación adecuada
Realizar TCC para prevenir recurrencias, recaídas y disminuir severidad del episodio actual depresivo.	1A	Formulación adecuada
Utilizar terapia enfocada en la familia (FFT) para mejorar síntomas globales y prevención de nuevos episodios.	3C	Formulación adecuada
Utilizar la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) para reducir tiempo de recuperación y mejora en el funcionamiento global.	1A	Formulación adecuada
No realizar intervenciones psicoterapéuticas estructuradas durante episodio actual de manía.	1A	Formulación adecuada

Iniciar terapia enfocada en la familia (FFT) en fase aguda, particularmente en episodio actual depresivo.	3C	Formulación adecuada
Considere el uso de TEC en personas cursando un episodio agudo de trastorno bipolar y que presenten: compromiso nutricional grave, que cursan con síndrome catatónico, alto riesgo suicida, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad con polifarmacia, comorbilidades orgánicas, resistencia a tratamiento. Además, considerar la respuesta a TEC previa y preferencias del paciente o familiares.	3C	Formulación inadecuada
Para favorecer la adherencia al tratamiento involucrar al paciente en la toma de decisiones, comunicar claramente las indicaciones, indicar objetivos terapéuticos, educar acerca riesgos y beneficios de los fármacos, informando tanto al paciente como a su familia y/o acompañantes.	2B	Formulación inadecuada
Como parte del tratamiento integral educar en estrategias generales para regularizar ritmos circadianos y el monitoreo de episodios anímicos (mood chart), así como la detección de síntomas prodrómicos.	1A	Formulación inadecuada
Para el manejo y rehabilitación de pacientes con trastorno bipolar utilizar programas personalizados de tratamiento (plan de tratamiento individual o PTI), seguimiento regular prolongado, un sistema integrado de cuidados, con un abordaje multidisciplinario y sistemático.	3C	Formulación inadecuada
Se recomienda monitorear en cada control la presencia de síntomas, con el propósito de mantener la eutimia y la funcionalidad del paciente.	3C	Formulación adecuada
El seguimiento debe incluir exámenes de laboratorio y físico, de acuerdo a los requerimientos de las intervenciones farmacológicas utilizadas o según necesidades individuales de los pacientes (por ejemplo de acuerdo a su comorbilidad).	3C	Formulación inadecuada
Realizar evaluación neuropsicológica en pacientes con eutimia sostenida que no han recuperado su funcionalidad premórbida.	3C	Formulación adecuada

¹ **Formulación adecuada:** la formulación de la recomendación está estructurada de modo que propone una acción y es factible de implementa y evaluar. / **Formulación inadecuada:** la formulación de la recomendación no propone una acción concreta o no es factible de implementar o evaluar.

ANEXO 02. Resultado de la evaluación de vigencia clínica GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013.

Recomendaciones*	Estado de Vigencia Clínica ¹
Evaluar antecedentes de trastorno bipolar en familiares, en especial de primer grado (madre, padre, hermanos e hijos) como factor de riesgo para el trastorno bipolar.	Vigente
Se aconseja aplicar el MDQ como instrumento de tamizaje en personas de 18 años o más con sospecha diagnóstica o con factores de riesgo, como antecedente de depresión recurrente (≥3 episodios), edad de inicio ≤25 años, antecedentes de enfermedad bipolar en familiares de primer grado, no aconsejándose su aplicación en población consultante general.	No Vigente ²
Descartar diagnóstico de trastorno bipolar frente a un paciente con aparente trastorno depresivo unipolar.	No Vigente ²
Se debe realizar diagnóstico según criterios CIE-10 o DSM IV-TR* y consignar diagnóstico de trastorno bipolar según criterios CIE-10. <i>*Utilizar los criterios DSM IV-TR hasta la entrada en vigencia de los criterios DSM -5</i>	Vigente
La confirmación diagnóstica debe ser realizada por psiquiatra adulto o infanto-adolescente según corresponda.	Vigente
Para la terapia de mantenimiento y prevención de recaídas/recurrencias considerar el uso de clozapina solo en pacientes resistentes a tratamiento.	Vigente
Utilizar litio como agente profiláctico preferente independientemente de la polaridad predominante.	Vigente
En episodio actual de manía utilizar como primera línea de tratamiento: litio, valproato y antipsicóticos atípicos.	Vigente
En caso de manía aguda severa utilizar como primera línea la combinación de litio o valproato junto a un antipsicótico atípico (como risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol o asenapina).	Vigente
En caso de episodio de manía debe evitarse la combinación de carbamazepina con risperidona u olanzapina	No Vigente
En caso de ser requerido el uso de antidepressivo en episodio actual depresivo, utilizar ISRSs o Bupropion, siempre en combinación con estabilizadores como litio o valproato, reevaluando periódicamente su indicación.	No Vigente
Realizar psicoeducación para mejorar el curso clínico de la enfermedad y en el funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar.	Vigente
Realizar TCC para prevenir recurrencias, recaídas y disminuir severidad del episodio actual depresivo.	Vigente

Utilizar terapia enfocada en la familia (FFT) para mejorar síntomas globales y prevención de nuevos episodios.	Vigente
Utilizar la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) para reducir tiempo de recuperación y mejora en el funcionamiento global.	Vigente
No realizar intervenciones psicoterapéuticas estructuradas durante episodio actual de manía.	Vigente
Iniciar terapia enfocada en la familia (FFT) en fase aguda, particularmente en episodio actual depresivo.	No Vigente
Se recomienda monitorear en cada control la presencia de síntomas, con el propósito de mantener la eutimia y la funcionalidad del paciente.	Vigente
Realizar evaluación neuropsicológica en pacientes con eutimia sostenida que no han recuperado su funcionalidad premórbida.	Vigente

* Se evaluó la vigencia clínica sólo de las recomendaciones que fueron definidas como adecuadamente formuladas en la fase 1 - evaluación metodológica (Anexo 01).

1. **Vigente:** La recomendación aparte de estar adecuadamente formulada, propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población y se realiza en el contexto actual (no es una práctica en desuso) / **No vigente:** La recomendación a pesar de estar adecuadamente formulada, no propone realizar una acción que genera más beneficio que daño en la población o no se realiza en el contexto actual (es una práctica en desuso).
2. A pesar que esta recomendación por puntaje fueron consideradas Vigentes, en una reunión presencial el equipo elaborador de la guía las clasificó como **No Vigentes** por consenso grupal, ya sea porque era una acción no medible o imprecisa.

Miembros del equipo elaborador que evaluaron la vigencia clínica de la GPC

Nombre	Profesión	Instituciones
Bernardo Javier Barra Cañas	Sociedad Chilena de Salud Mental.	Psiquiatra Adultos
Carlos Muñoz Ibarra	Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile. Hospital Psiquiátrico El Peral.	Químico Farmacéutico
Claudia Francisca Muñoz Silva	Corporación de Organizaciones de Familiares Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM). Centro Comunitario de Salud Mental La Bandera.	Psicóloga
Felipe Silva Caballero	Pontificia Universidad Católica de Chile.	Médico Psiquiatra
Guillermo Antonio Vergara Harris	Hospital El Pino. Universidad Andrés Bello y REDGESAM.	Médico Psiquiatra
Isabel Margarita Puga Young	Colegio de Psicólogos de Chile.	Psicóloga
Ivonne Espinoza Pozo	Fondo Nacional de Salud.	Enfermera
Joel Espina Sandoval	Unidad de Salud Mental. División de Gestión de La Red Asistencial (DIGERA). Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.	Psicólogo
Jorge Cabrera Contreras	Sociedad Chilena de Trastorno Bipolar.	Médico Psiquiatra
Juan Francisco Labra Jeldres	Hospital del Salvador. Instituto Horwitz.	Médico Psiquiatra
Juan Pablo Cornejo Diez De Medina	Hospital El Carmen Maipú. Universidad de Chile.	Psiquiatra
María Isabel Ruiz Mellado	Hospital Sótero del Río. Unidad de Trastorno Bipolar. Red Salud UC.	Psiquiatra
Maria Soledad Gallegos Espinoza	Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes.	Psiquiatra
Paul Vohringer Cardenas	Sociedad Chilena de Salud Mental. Universidad de Chile.	Médico Psiquiatra
Raúl Francisco Sánchez Anabalón	Pontificia Universidad Católica de Chile.	Médico Psiquiatra
Ulises Ríos Díaz	Universidad de Valparaíso. Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso.	Psiquiatra
Verónica Larach Walters	Universidad Andrés Bello.	Médico Psiquiatra