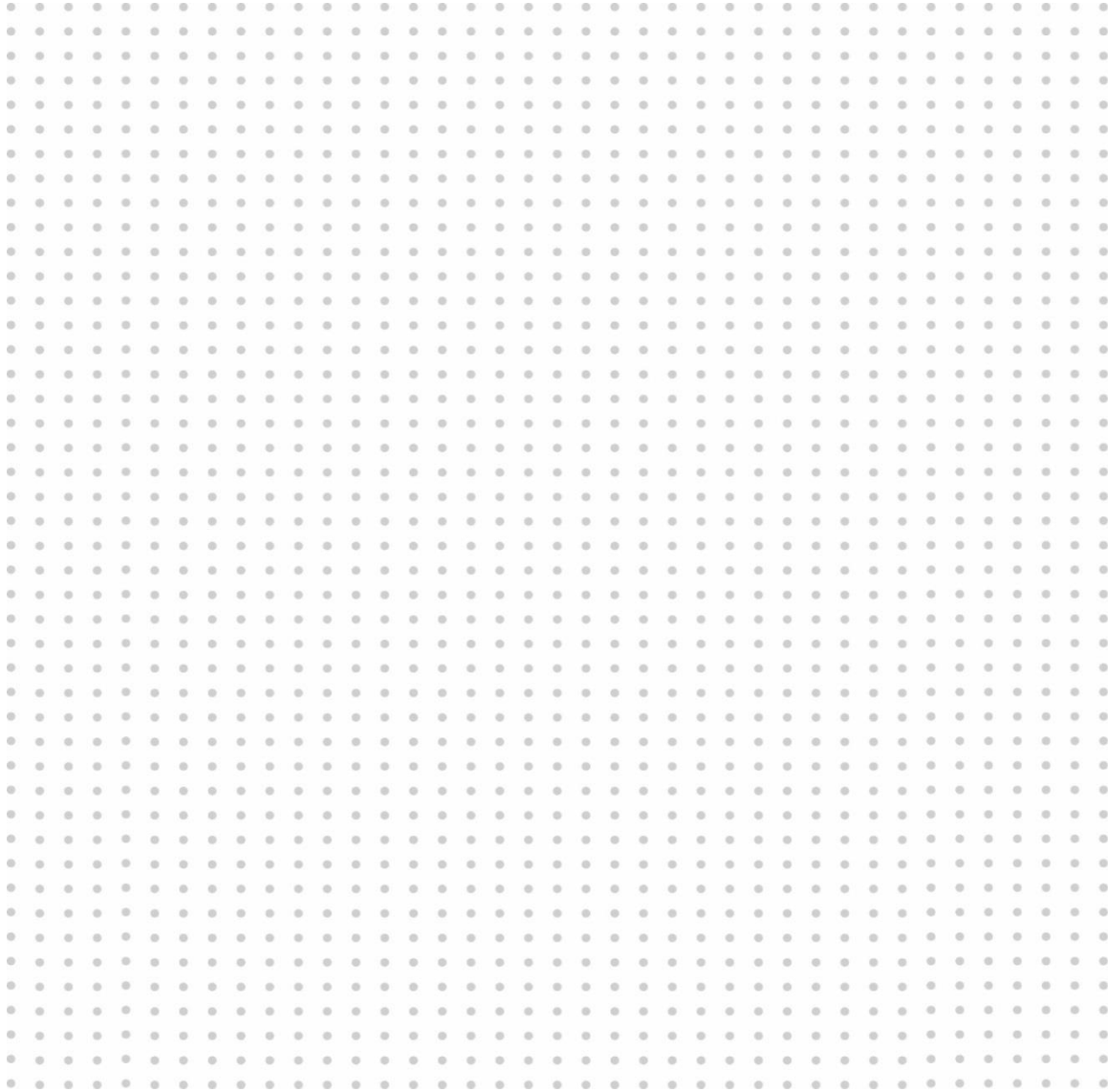




Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS



RESUMEN EJECUTIVO
Guía de Práctica Clínica de Trastorno Bipolar en
personas de 15 años y más 2018



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más 2018 en:

<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: noviembre, 2019

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>Tratamiento trastorno bipolar con episodio depresivo</p> <p>En personas con depresión bipolar sin síntomas mixtos, el Ministerio de Salud SUGIERE NO agregar antidepresivos a estabilizadores del ánimo (<u>incluyendo</u> antipsicóticos atípicos) por sobre agregar antidepresivos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso prolongado de antidepresivos podría aumentar la inestabilidad anímica. - Podría haber un efecto diferencial en sub-poblaciones, sin embargo, la evidencia no permite evaluarlo con claridad, por lo que debe primar el criterio clínico. 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con depresión bipolar sin síntomas mixtos, el Ministerio de Salud SUGIERE NO agregar antidepresivos a estabilizadores del ánimo (<u>excluyendo</u> antipsicóticos atípicos) por sobre agregar antidepresivos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso prolongado de antidepresivos podría aumentar la inestabilidad anímica. - Podría haber un efecto diferencial en sub-poblaciones, sin embargo, la evidencia no permite evaluarlo con claridad, por lo que debe primar el criterio clínico. 	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con trastorno bipolar fase depresiva resistente a tratamiento, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar terapia electroconvulsiva (TEC) por sobre realizar tratamiento habitual.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La terapia electroconvulsiva es realizada bajo inducción anestésica (Véase Norma técnica). - Es importante informar al paciente y su familia sobre los efectos adversos de la terapia electroconvulsiva, principalmente efectos cognitivos y cefalea. Sin embargo, la mayoría de estos son transitorios y reversibles en un par de meses (variable dependiendo de cada caso). 	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

<p>En personas con trastorno bipolar cursado episodio depresivo, el Ministerio de Salud SUGIERE usar quetiapina o litio.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Las dosis terapéuticas de quetiapina son de al menos 300 MG al día y Carbonato de litio con una litemia de entre 0,8 a 1,2 mEq por litro. En adultos mayores se recomienda de 0,6 a 0,8 mEq por litro. - La decisión del tratamiento debe ser individualizada en cada paciente. Variables importantes a considerar son antecedentes de respuesta personal o familiar a alguno de los fármacos, perfil metabólico previo (evitar quetiapina en pacientes con síndrome metabólico), inicio hospitalario/ambulatorio, preferencias de los pacientes, entre otros. - Además, es importante realizar monitorización de estos pacientes con un electrocardiograma ya que la quetiapina alarga el intervalo QT y puede interactuar con otros medicamentos con la misma reacción adversa. - En adultos mayores, la quetiapina podría aumentar el riesgo de caídas y confusión. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
--	---------------------------	---

Tratamiento trastorno bipolar cursando episodio maníaco

<p>En personas con trastorno bipolar cursando episodio maníaco, el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar antipsicóticos atípicos como monoterapia por sobre estabilizador del ánimo como monoterapia.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La elección del tratamiento de la fase aguda debe considerar la eficacia y las reacciones adversas durante la futura fase mantención. La terapia específica debe ser individualizada, dependiendo de la severidad de la enfermedad, perfil de reacciones adversas y valores y preferencias de cada paciente. - Pacientes más graves como psicóticos, hospitalizados, agitados, con riesgo suicida, entre otros, en los cuales la velocidad de respuesta es crítica, se beneficiarían en mayor medida del uso de antipsicóticos atípicos. En algunos de estos pacientes podría indicarse la combinación de antipsicóticos atípicos y estabilizadores del ánimo. - Considerar el uso de litio en manías leves a moderadas en atención a su eficacia en el tratamiento de mantención. 	<p>CONDICIONAL</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>
---	---------------------------	-------------------------------------

Tratamiento depresión bipolar mixta

<p>En personas con depresión bipolar mixta, el Ministerio de Salud NO RECOMIENDA añadir antidepresivo a estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos) en comparación a usar sólo estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Las recomendaciones fuertes basadas en certeza baja respecto de los efectos, son excepcionales. El panel consideró que hay incertidumbre significativa respecto al beneficio de la adición de antidepresivos, dado que no hay un efecto positivo demostrado y existen efectos adversos potencialmente graves al hacerlo.	<p>FUERTE</p>	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con depresión bipolar mixta, el Ministerio de Salud RECOMIENDA usar antipsicóticos atípicos como monoterapia por sobre no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- La recomendación se refiere al tratamiento de la fase aguda.	<p>FUERTE</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
<p>Tratamiento trastorno bipolar en fase de mantención</p>		
<p>En personas con trastorno bipolar en fase de mantención, el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar remediación funcional por sobre realizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- En pacientes con mayor nivel de deterioro funcional esta intervención podría reportar mayores beneficios que una intervención grupal inespecífica.	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

Tratamiento trastorno bipolar en población especial

En personas mayores con trastorno bipolar en fase de mantención, el Ministerio de Salud SUGIERE usar estabilizador del ánimo como monoterapia por sobre usar antipsicóticos atípicos como monoterapia.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
En personas con trastorno bipolar en fase de mantención con embarazo en curso (segundo y tercer trimestre) el Ministerio de Salud SUGIERE usar litio como monoterapia o usar antipsicóticos atípicos como monoterapia. <i>Comentarios del Panel de Expertos:</i> <ul style="list-style-type: none">- La evidencia no muestra seguridad mayor en el uso de litio ni de antipsicótico atípicos durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, por lo tanto, la elección debe hacerse de forma personalizada, considerando antecedentes maternos de comorbilidad, uso de fármacos, y los valores y preferencias de la mujer embarazada.- Esta recomendación no aplica al uso de fármacos durante el primer trimestre del embarazo, donde los riesgos son diferentes y claramente establecidos.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2018 utilizando el sistema GRADE.

ÍNDICE

RECOMENDACIONES DE LA GUÍA	3
1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	8
Presentación Clínica	8
Factores de Riesgo	8
¿Cuándo sospechar bipolaridad ante la presencia de un episodio depresivo?.....	9
2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	10
Objetivo General	10
Tipo de pacientes y escenario clínico	10
Usuarios de la Guía.....	10
3. MÉTODOS	11
Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior.....	11
Definición y priorización de preguntas clínicas.....	12
Elaboración de recomendaciones GRADE	13
4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	14
Grado de la recomendación	14
Certeza de la evidencia	15
5. EQUIPO ELABORADOR	16
6. REFERENCIA	18

1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una enfermedad mental grave, crónica, con un curso fásico y recurrente, que limita la funcionalidad de las personas, implica una enorme carga socioeconómica y está asociada a una alta morbilidad y mortalidad por lo que es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno. Ella es caracterizada por un estado de ánimo fluctuante entre dos polos opuestos: la elevación patológica del ánimo caracterizada por sentimientos de exaltación y grandiosidad, que puede corresponder a un episodio maníaco, con o sin síntomas psicóticos, o hipomaniaco; y la depresión (fase en la que predomina la tristeza, inhibición e ideas de muerte). También podrían encontrarse episodios que comparten síntomas maníacos y depresivos denominados episodios mixtos (1).

La sola presencia de episodios depresivos sin que en algún momento se hayan presentado síntomas maníacos, hipomaniacos o mixtos no permite hacer el diagnóstico de bipolaridad (1).

Presentación Clínica

- **Trastorno Bipolar tipo I:** requiere la presencia de al menos un episodio maníaco o mixto, con o sin historia previa de un episodio depresivo mayor(2,3).
- **Trastorno Bipolar tipo II:** requiere la presencia de al menos un episodio hipomaniaco, con una historia de al menos un episodio depresivo mayor previo. No debe haber historia de episodios maníacos o mixtos, debido a que la presencia de estos es determinante de un diagnóstico de trastorno bipolar tipo I(2,3).
- **Ciclotimia:** es un trastorno del ánimo fluctuante, con numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y depresivos leves. Ambos tipos de síntomas, hipomaniacos y depresivos, no son suficientes en intensidad, persistencia o duración para diagnosticar un trastorno bipolar. Algunos de estos pacientes seguidos en el tiempo pueden desarrollar un trastorno bipolar(2,3).

La edad promedio del inicio del trastorno bipolar es de 21 años, siendo habitualmente más precoz el inicio del trastorno bipolar I que el trastorno bipolar II. Los primeros episodios anímicos habitualmente son depresivos, y cuando se presentan es difícil distinguir, incluso para profesionales altamente entrenados, si corresponden a un episodio monopolar o bipolar. Esta es una de las explicaciones de porque el diagnóstico e inicio del tratamiento de la bipolaridad frecuentemente se produce 5 a 10 años más tarde que el inicio de los síntomas. Lo más frecuente es que los primeros episodios depresivos sean tratados como si fueran monopulares, es decir con antidepresivos más que con estabilizadores del ánimo, lo que genera dificultades en el manejo, peor pronóstico y sufrimiento en pacientes y familias(4).

Factores de Riesgo

La literatura identifica diversos elementos que podrían considerarse como factores de riesgo para desarrollar trastorno bipolar. Se ha señalado que la herencia es un factor de riesgo muy relevante, de hecho, algunos autores lo identifican como el factor de riesgo más importante. En efecto, algunos estudios muestran que el riesgo de desarrollar trastorno bipolar en hijos de padres con este trastorno, es cinco veces mayor respecto al grupo control. Estudios de gemelos han demostrado la importancia del rol genético en la patogenia de esta enfermedad. El riesgo de presentar un trastorno bipolar en parientes de individuos con trastorno bipolar varía entre 40 a 70% cuando son gemelos monocigóticos, entre un 5 a 10% para parientes de primer grado, comparado con las cifras de 0,5 a 1,5 % entre no

familiares. Esto muestra como la genética es un factor importante, aunque no el único, que explica el desarrollo de la enfermedad (4).

Es importante considerar que en familiares de pacientes con trastorno bipolar el riesgo de depresión unipolar también se eleva; sin embargo, dentro de la familia de individuos que sufren de depresión unipolar no existe un riesgo aumentado de desarrollar enfermedad bipolar. También hay estudios que han mostrado mayor riesgo de desarrollo de trastorno bipolar entre familiares de primer grado de pacientes que presentan esquizofrenia (4).

Se sabe que una época de alto riesgo para el inicio del trastorno bipolar es el postparto. Esto ha hecho hipotetizar acerca del rol de las hormonas como gatillantes de la patología (4).

Además de los factores genéticos y hormonales, se piensa que existen factores ambientales involucrados en la manifestación y progresión de la enfermedad. Se han propuesto como posibles influencias ambientales las complicaciones obstétricas perinatales, algunas infecciones virales intrauterinas, anormalidades del neurodesarrollo en la infancia, estilos de crianza y patrones de apego de los niños, trauma psicosocial, en especial en la infancia, y el uso de drogas alucinógenas. Es posible que la influencia más potente sobre el desarrollo de la enfermedad ocurra temprano en la vida. Estresores psicosociales más tardíos, tales como la muerte de un familiar o ser querido, el fin de una relación de pareja, estrés ocupacional, etc., frecuentemente actúan como gatillantes ambientales para episodios anímicos afectando el curso de la enfermedad más que iniciándolo (4).

¿Cuándo sospechar bipolaridad ante la presencia de un episodio depresivo?

Existen elementos que nos deben llevar a considerar que un episodio depresivo sea bipolar aunque el usuario haya cursado hasta el momento sólo con episodios depresivos, son (5):

- Inicio precoz de episodios depresivos (antes de los 25 años).
- Episodios con conductas agresivas inusuales para el paciente o irritabilidad.
- Elementos psicóticos.
- Episodios de exaltación o con remisión sintomática extremadamente rápida (menos de una semana) coincidentes con el inicio de antidepresivos.
- Antecedentes familiares de trastorno bipolar.

2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo General

Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con sospecha o diagnóstico de trastorno afectivo bipolar.

Tipo de pacientes y escenario clínico

Personas con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, cursando ya sea un episodio agudo (maníaco, depresivo o de depresión mixta) o en fase de mantención. Se consideran además algunas particularidades del tratamiento referido a poblaciones especiales. Se consideran personas que se tratan tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización, ya sea en el sector público y privado de salud.

Usuarios de la Guía

Todos los profesionales de salud con responsabilidades en la atención de personas con sospecha o diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, tales como: médicos generales, médicos especialistas en psiquiatría, enfermeras, psicólogos, químicos farmacéuticos, trabajadores sociales, entre otros.

3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta guía se constituyó un equipo elaborador compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía (División de Prevención y Control de Enfermedades); Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, personas que tuvieran la patología o condición de salud abordada.

Para la construcción de esta guía el equipo elaborador, en una primera instancia, revisó las recomendaciones claves de la guía de la misma temática publicada por el Ministerio de Salud y determinó cuáles seguían vigentes tanto desde la perspectiva metodológica como clínica, luego definió las preguntas clínicas que eran de interés del equipo responder a través de la presente guía, para finalmente generar las recomendaciones.

Evaluación metodológica y revisión de vigencia clínicas de recomendaciones clave de Guías de Práctica Clínica anterior

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del 2018, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía de Práctica Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del 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, son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso. Se consideraron como vigentes al año 2018, las siguientes recomendaciones claves de la guía 2013:

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2018 de la GPC Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más del año 2013
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
Se debe realizar diagnóstico según criterios CIE-10 o DSM V ² y consignar diagnóstico de trastorno bipolar según criterios CIE-10.
La confirmación diagnóstica debe ser realizada por psiquiatra adulto o infanto-adolescente según corresponda.
Para la terapia de mantenimiento y prevención de recaídas/recurrencias considerar el uso de clozapina solo en pacientes resistentes a tratamiento.
Utilizar litio como agente profiláctico preferente independientemente de la polaridad predominante.
En episodio actual de manía utilizar como primera línea de tratamiento en monoterapia: litio, valproato y antipsicóticos atípicos. ¹
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).
Realizar psicoeducación para mejorar el pronóstico y curso clínico de la enfermedad y en el funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar. ¹
Realizar Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para prevenir recurrencias, recaídas y disminuir severidad del episodio actual depresivo. ¹
Utilizar terapia enfocada en la familia (FFT) para mejorar síntomas globales y prevención de nuevos episodios.

Utilizar la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) para reducir tiempo de recuperación y mejora en el funcionamiento global.
No realizar intervenciones psicoterapéuticas estructuradas durante episodio actual de manía.
Se recomienda monitorear en cada control la presencia de síntomas, con el propósito de mantener la eutimia y la funcionalidad del paciente.
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 cambió DS-IV TR por DSM-V, dado que ya se encuentra vigente.

► Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2013](#).

Definición y priorización de preguntas clínicas

Posteriormente se realizó la definición y priorización de las preguntas para la actualización. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención e intervención comparadora. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente guía se responderían las siguientes preguntas:

- En personas con depresión bipolar SIN síntomas mixtos ¿Se debe “usar antidepresivo MÁS estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos)” en comparación a “usar estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos) sin antidepresivo”?
- En personas con depresión bipolar sin síntomas mixtos ¿Se debe “usar antidepresivo MÁS estabilizador del ánimo (excluyendo antipsicóticos atípicos)” en comparación a “usar estabilizador del ánimo (excluyendo antipsicóticos atípicos) sin antidepresivo”?
- En personas con trastorno bipolar fase depresiva resistente a tratamiento ¿Se debe “realizar terapia electroconvulsiva (TEC)” en comparación a “realizar tratamiento habitual”?
- En personas con trastorno bipolar con episodio depresivo ¿Se debe “usar quetiapina como monoterapia” en comparación a “usar litio como monoterapia”?
- En personas con trastorno bipolar, cursando episodio maníaco ¿Se debe “usar antipsicóticos atípicos como monoterapia” en comparación a “usar otro estabilizador del ánimo como monoterapia”?
- En personas con depresión bipolar mixta ¿Se debe “usar antidepresivo MÁS estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos)” en comparación a “usar estabilizador del ánimo (incluyendo antipsicóticos atípicos) sin antidepresivo”?
- En personas con depresión bipolar mixta ¿Se debe “usar antipsicóticos atípicos como monoterapia” en comparación a “no usar”?
- En personas con trastorno bipolar en fase de mantención ¿Se debe “realizar remediación funcional” en comparación a “realizar tratamiento habitual”?
- En personas mayores con trastorno bipolar en fase de mantención ¿Se debe “usar antipsicóticos atípicos como monoterapia” en comparación a “usar otro estabilizador del ánimo como monoterapia”?

- En personas con trastorno bipolar en fase de mantención con embarazo en curso (segundo y tercer trimestre) ¿Se debe “usar litio como monoterapia” en comparación a “usar antipsicóticos atípicos como monoterapia”?

▶ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones GRADE

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE) (6). Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia. Se utilizaron 4 estrategias de búsqueda y síntesis de evidencia en función de los resultados u outcomes buscados, a saber:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

▶ Ver más detalle en [Métodos](#).

Tras generar la búsqueda y síntesis de evidencia, el equipo elaborador formuló de las recomendaciones considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos. Las recomendaciones fueron formuladas entre los meses de noviembre 2018 a enero 2019.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas.

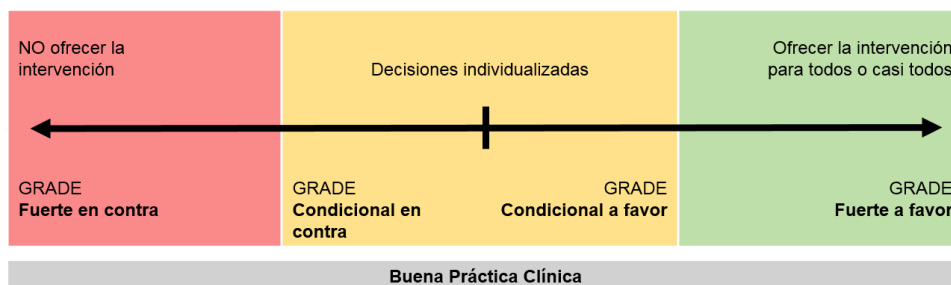
▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más 2018 completa](#).

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS O EN CASI TODOS LOS CASOS**. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias.

Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la certeza de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

5. EQUIPO ELABORADOR

Coordinadores

Cynthia Zavala Gaete	Coordinadora Temática. Médico Psiquiatra. Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Ministerio de Salud.
Paul Vohringer Cárdenas	Coordinadora Clínico. Médico Psiquiatra. Sociedad Chilena de Salud Mental. Universidad De Chile.
Felipe Silva Caballero	Coordinadora Clínico. Médico Psiquiatra. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Carolina Castillo Ibarra	Coordinadora Metodológica. Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Alvaro Wolfenson Rivas	Médico Psiquiatra. Universidad De Chile.
Bernardo Javier Barra Cañas	Médico Psiquiatra. Sociedad Chilena de Salud Mental.
Carlos Mauricio Graves Derpich	Paciente. Coordinadora de Organizaciones de Familiares Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental.
Carlos Muñoz Ibarra	Químico Farmacéutico. Colegio de Químicos Farmacéuticos Y Bioquímicos de Chile. Hospital Psiquiátrico El Peral.
Claudia Francisca Muñoz Silva	Psicóloga. Corporación, Coordinadora de organizaciones de familiares usuarios y amigos de personas con afecciones de salud mental, Corfausam. Centro Comunitario de Salud Mental La Bandera.
Isabel Margarita Puga Young	Psicóloga. Colegio de Psicólogos de Chile.
Ivonne Espinoza Pozo	Enfermera. Fondo Nacional De Salud.
Joel Espina Sandoval	Psicólogo. Unidad De Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), Ministerio de Salud.
Jorge Cabrera Contreras	Médico Psiquiatra. Sociedad Chilena de Trastorno Bipolar.
Juan Pablo Cornejo Diez De Medina	Médico Psiquiatra. Hospital El Carmen Maipú. Universidad de Chile.
Luis Ibacache Silva	Médico Psiquiatra. Servicio De Psiquiatría Hospital Barros Luco Trudeau.
María Isabel Ruiz Mellado	Médico Psiquiatra. Hospital Sótero del Río. Unidad de Trastorno Bipolar, Red Salud UC.
María Soledad Gallegos Espinoza	Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes.
Pablo Salinas Torres	Médico Psiquiatra. SONEPSYN. Universidad de Chile.

Raúl Francisco Sánchez Anabalón	Médico Psiquiatra. Pontificia Universidad Católica De Chile.
Sonia Maria Medina Labarca	Médico Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz. Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares.
Ulises Rios Díaz	Médico Psiquiatra. Departamento De Psiquiatría. Universidad De Valparaíso. Hospital Psiquiátrico Del Salvador De Valparaíso
Verónica Larach Walters	Médico Psiquiatra. Universidad Andrés Bello.

Asesores metodológicos

Ignacio Neumann Burotto	GRADE working group. Hospital Sótero del Río. Universidad Católica de Chile.
--------------------------------	--

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Gonzalo Bravo Soto; Macarena Morel Marambio; Rocío Bravo; María Francisca Verdugo; y Luis Ortiz. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
Carolina Castillo Ibarra²	Elaboración de informes de búsqueda y síntesis de costos y de valores y preferencias de los pacientes.
Felipe Vera Chandia²	Elaboración de informes de búsqueda y síntesis de costo efectividad.

¹ La búsqueda o síntesis de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

6. REFERENCIA

1. Correa E, Silva H, Risco L. Trastornos bipolares. First. Santiago: Mediterraneo; 2006. 555 p.
2. Salud OM de la. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. España: Editorial Médica panamericana S.A.; 2000.
3. Suppes V TC. Bipolar disorder in adults: clinical features. UpToDate. WoltersKluwer; 2016. p. 1–27.
4. Stovall J. Bipolar disorder in adults: epidemiology and pathogenesis. UpToDate. Wolters Kluwer; 2018. p. 1–11.
5. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. J Affect Disord. 2014 Dec;169 Suppl 1:S12-6.
6. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2018 Jan 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>