

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL TRASTORNO
AFECTIVO BIPOLAR (TAB) Y LA RELACIÓN DE SU TRATAMIENTO
BASADO EN CARBONATO DE LITIO CON LAS ALTERACIONES DE LA
FUNCIÓN TIROIDEA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD MENTAL DEL HUHMP DE NEIVA ENTRE NOVIEMBRE DEL 2005 Y
MARZO DE 2006**

**MIGUEL ANGEL MURCIA MONO
KELLY ALEXANDRA PASTRANA A.
RAMIRO PERDOMO VARGAS**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2006**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL TRASTORNO
AFECTIVO BIPOLAR (TAB) Y LA RELACIÓN DE SU TRATAMIENTO
BASADO EN CARBONATO DE LITIO CON LAS ALTERACIONES DE LA
FUNCIÓN TIROIDEA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA
UNIDAD MENTAL DEL HUHMP DE NEIVA ENTRE NOVIEMBRE DEL 2005 Y
MARZO DE 2006**

**MIGUEL ANGEL MURCIA MONO
KELLY ALEXANDRA PASTRANA A.
RAMIRO PERDOMO VARGAS**

**Proyecto de Grado presentado a la Docente:
DOLLY CASTRO BETANCUR**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2006**

**A nuestras familias
Que nos apoyaron
Durante todo el tiempo
Que estudiamos**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Personal de la Unidad Mental del Hospital Universitario de Neiva, en especial al Doctor Carlos Julio Corredor , Psiquiatra Coordinador de la Unidad Mental, quien con su valiosa colaboración y asesoría hizo posible la elaboración de este proyecto investigativo.

Enfermera Jefe, Dolly Castro Betancur, Especialista en epidemiología, Coordinadora de Currículo investigativo del Programa de Medicina, por su acompañamiento durante todo el desarrollo de este proyecto.

Pacientes de la Unidad mental por aceptar ser parte de nuestro estudio y a todas las personas que de una u otra manera colaboraron en la finalización de este trabajo.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	v
LISTA DE GRAFICAS	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACION	6
4. OBJETIVOS	8
4.1 OBJETIVO GENERAL	8
4.2OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
5. MAPA CONCEPTUAL	9
6. MARCO TEORICO	10
6.1TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	10
6.1.1CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS DEL DIAGNOSTICO	10
6.1.2. INCIDENCIA	11
6.1.3. CURSO	11
6.1.4. CAUSAS	11
6.1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS	12
6.1.6. ESTADO MENTAL	12
6.1.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	13
6.1.8. CLASIFICACION SEGÚN EL DSM IV	13
6.1.9 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO MANIACO (<i>DSMIV</i>)	14
6.1.10CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM IV)	14
6.2 LA FUNCION TIROIDEA	15
6.2.1. HIPERTIROIDISMO	16
6.2.2. HIPOTIROIDISMO	17
6.3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS	17
6.3.1 FARMACOCINÉTICA E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	18
6.3.2 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON LA DOSIS.	19
6.3.3 TOXICIDAD / SOBREDOSIS	20
6.3.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DEL TRATAMIENTO CON LITIO	20
7. DISEÑO METODOLOGICO	22
7.1 TIPO DE ESTUDIO	22
7.2 AREA DEL ESTUDIO	22
7.3 POBLACION	22

Pág.

7.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	23
7.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION	29
7.6 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DATOS	29
7.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	30
7.8 PRUEBA PILOTO	30
7.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	30
7.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO	30
7.11 FUENTES DE INFORMACION	30
7.12 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	31
7.13 ASPECTOS ETICOS	31
8. RESULTADOS	32
9. DISCUSION	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	47

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1: Características Epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnostico TAB.	32
Tabla N° 2. Características de la distribución del origen de los pacientes y su grupo familiar por zonas del Departamento del Huila y otros Departamentos.	34
Tabla No 3 Características clínicas en los pacientes hospitalizados en la Unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	35

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafico N° 1: Características del estado civil entre los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnostico de TAB entre Nov. 2005 y marzo de 2006	33
Grafico N° 2. Edad de Inicio de TAB entre los pacientes hospitalizados en la unidad mental entre marzo de 2005 y nov. 2006	34
Grafica No 3. Tiempo de hospitalización en el cual remitió en cuadro clínico los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	37
Grafica No 4. Consumo de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	38
Grafica No 5 Forma de consumo de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	38
Grafica No 6 Signos y síntomas más frecuentes en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	39
Grafica No 7 Signos y síntomas menos frecuentes en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	39
Grafica No 8 Diagnostico del primer episodio psiquiátrico de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	40

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 .Cronograma de Actividades	48
Anexo 2 . Presupuesto	49
Anexo 3 . Características Clínicas en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006	50
Anexo 4 .Consumo y forma de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006.	51
Anexos 5 . Diagnostico del primer episodio psiquiátrico de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006.	52
Anexo 6 . Instrumento de Recolección de Datos	53

RESUMEN

Titulo

Características epidemiológicas y clínicas del trastorno afectivo bipolar (TAB) y la relación de su tratamiento basado en carbonato de litio con las alteraciones de la función tiroidea en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de Neiva entre noviembre del 2005 y marzo de 2006

Objetivos: Determinar la prevalencia, las características clínicas y epidemiológicas del TAB y la relación del tratamiento basado en carbonato de litio con la función tiroidea.

Materiales y métodos: Estudio Observacional, descriptivo retrospectivo, con fuentes primarias y secundarias (historias clínicas) de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnóstico de TAB entre noviembre de 2005 y marzo de 2006. Se usó el programa Epi-info v 3.2 para el análisis de datos y Microsoft EXCEL 2003.

Resultados: La edad promedio fue de 38.9 años y la de inicio de la enfermedad se encontró en el rango de 36 a 46 años, con un promedio de 32.1 años, La edad más temprana fue de 14 años, y la máxima edad fue de 67 años. 35 pacientes (59.30%) eran mujeres y 24 (40.70%), hombres. La mayoría 89.8% (53/59) nacieron en el Huila, en la zona norte y se concentraron en Neiva con un 27.2% (16/59); y en Campoalegre (3/59). La mayoría de los pacientes de nuestro estudio se dedican a labores domésticas (21/59) es decir un 35.6%. Entre los signos y síntomas hallados en la población estudio los más frecuentes fueron: Logorrea (76.3%), agresividad (69.5%), manía (64.4%), y agitación psicomotora (62.7%). De los pacientes estudiados el 73% fue correctamente diagnosticado como TAB desde un comienzo, la mayoría de los episodios fueron manía con psicosis. Un 44% de la población tenían un antecedente de TAB, y que de estos en su núcleo familiar primario la mayor frecuencia se presentó en los hermanos (38.5 %) y los padres (23.2%); y del núcleo familiar secundario la mayor frecuencia se presentó en los primos (30.8%) y los tíos (34.6%),

Conclusiones: No se puede describir una posible asociación entre el consumo continuo de carbonato de litio y alteración de la función tiroidea, debido a que el único paciente que presentó alteración tiroidea, se caracterizó por que empezó su consumo desde hace un año y de manera intermitente, y el diagnóstico de hipotiroidismo fue hecho hace más de 10 años, además de los 59 pacientes solo 3 son consumidores continuos de carbonato de litio por lo tanto se necesita una muestra poblacional mucho más grande para así poder inferir los resultados del estudio a toda la población.

Palabras Claves: Trastorno afectivo bipolar, Carbonato de litio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, características epidemiológicas del TAB, características clínicas del TAB.

ABSTRACT

Title

Clinical and epidemiologic characteristics of the Bipolar-affective Disorder (BAD) and the relation of its treatment -based on Lithium carbonate- with the alterations of the thyroid function in the patients diagnosed with Bipolar-affective disorder and hospitalized in the Mental Unit of Neiva's University Hospital "Hernando Moncaleano Perdomo", between November 2005 and March 2006.

Objectives: To determine the prevalence, clinical and epidemiologic characteristics of the Bipolar-affective Disorder (BAD) and the relation of its treatment based on Lithium carbonate with the alterations of the thyroid function.

Materials and methods: Observational study, prospective-retrospective descriptive study, presence of primary and secondary sources (clinical history) taken from patients diagnosed with BAD and hospitalized in the Mental Unit of Neiva's University Hospital "Hernando Moncaleano Perdomo", between November 2005 and March 2006. Microsoft EXCEL 2003 and Epi-info v 3,2 were used for the analysis of data.

Results: The average age was 38,9 years and the age of beginning of the disease was in the rank of 36 to 46 years, with an 32, 1 years average. The earliest age of presentation was 14 years, being the latest, 67 years. 35 patients (59.30%) were women and 24 (40.70%), men. The Majority- 89, 8%- (53/59) was born in the north zone of the department of Huila and they were concentrated in Neiva - 27,2%- (16/59) and Campoalegre (3/59). Most of the patients of our study work as house keepers (21/59) which is to say 35.6%. Between the signs and symptoms found in the population of study, the most frequent ones were: Logorrea (76.3%), aggressiveness (69.5%), mania (64.4%), and psychomotor agitation (62.7%). Among the patients studied, 73% were correctly diagnosed as having Bipolar-Affective disorder from the initial consultation, the majority of episodes being mania and psychosis. A 44% of the patients had a BAD antecedent, being the greater frequency in the primary familiar nucleus among brothers (38, 5 %) and the parents (23.2%); in the secondary familiar nucleus the greater frequency appeared between cousins (30.8%) and the uncles (34.6%).

Conclusions: It can not be described a possible association between continuous Lithium carbonate consumption and the alteration of the thyroid function, because the only patient who presented thyroid alteration had been taken Lithium carbonate in an intermittent fashion a year ago, and the diagnostic of hypothyroidism had been made 10 years ago. In addition, among the 59 patients only 3 were taking Lithium carbonate continuously. Therefore a bigger population sample is needed so that it would be possible to infer the results from the study to all the population.

Key words: Bipolar affective disorder (BAD), Lithium Carbonate, hypothyroidism, hyperthyroidism, epidemiological characteristics of BAD, clinical characteristics of BAD.

INTRODUCCION

La hospitalización representa una modalidad fundamental dentro del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves, pues, aparte de que es un medio terapéutico estructurado que responde a las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, lo mantiene alejado de situaciones estresantes. La hospitalización durante la fase aguda busca tanto manejar los síntomas como facilitar el reajuste del paciente a su ambiente y esta indicada en pacientes con mala conciencia de enfermedad, mal cumplimiento del tratamiento, peligro para si mismo o los demás o alteraciones de las actividades de la vida diaria o conductas anormales o incontroladas.

Es fundamental el conocimiento que los servicios de salud tengan de la población a la que atienden, con el fin de planear la atención, la docencia y la investigación. A pesar de ello, frecuentemente estos datos se desconocen y se utilizan en cambio, la información de otros países como propia, lo que puede generar errores en la atención de los pacientes. Por ese motivo la información obtenida para cada institución puede contribuir a conformar el panorama epidemiológico nacional.

El Hospital Universitario de Neiva, es una institución Pública, que ofrece servicios de un III nivel de atención y además cuenta con una Unidad Mental que atiende en su mayoría a pacientes de diferentes entidades promotoras de salud, particulares y de medicina prepagada, entre otras y es punto de referencia de todo el Sur Colombiano.

Este trabajo pretende describir las características epidemiológicas y clínicas del trastorno afectivo bipolar (TAB) y la relación de su tratamiento basado en carbonato de litio con las alteraciones de la función tiroidea en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de Neiva entre noviembre del 2005 y marzo de 2006.

1. ANTECEDENTE DEL PROBLEMA

Buscando en las diferentes fuentes de información como son la Universidad Surcolombiana y en especial la facultad de Salud, no hay hasta la fecha publicaciones investigativas del tema. En el ámbito nacional se encontró un reporte de caso de un paciente con depresión mayor asociado a hipotiroidismo y uso crónico de corticoides el cual está publicado en la revista colombiana de psiquiatría en donde se presenta el caso de un hombre de 63 años, natural y procedente de Villeta (Cundinamarca), con estudios de básica primaria, soltero y administrador de un vivero, quien ingresa al servicio de Urgencias del Hospital San Ignacio por presentar un cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, disfagia para sólidos, náuseas, vómito, disminución de su desempeño laboral y afecto triste; por lo anterior se decide solicitar interconsulta al servicio de Psiquiatría.

El paciente motivo de esta revisión tuvo una estancia hospitalaria de 48 días, pues presentó una evolución torpida, debido a tolerancia parcial a la vía oral; grave desnutrición; neumonía hospitalaria y agudización de los síntomas depresivos. En una primera valoración orgánica, al solicitar pruebas de función tiroidea, se omitió la hormona estimulante de tiroides (TSH). Finalmente teniendo en cuenta que no existía riesgo suicida importante, se decide iniciar con antidepresivos tipo ISRS-Inhibidor de la recaptura de la serotonina (Sertralina) los cuales fueron bien tolerados por el paciente. A la semana de tratamiento se observó una leve mejoría. En una segunda instancia se toma perfil tiroideo completo –TSH, triyodotironina (t3) y tiroxina (t4) y se encuentra una TSH: 135.892 uU/ml con T3 y T4 disminuidas. Esto permitió al confirmarse el diagnóstico de hipotiroidismo primario la instauración de tratamientos específicos con hormona tiroidea (levotiroxina). En consecuencia el paciente mejora notablemente.

Concluyen que la evaluación rutinaria de la función tiroidea en todos los pacientes psiquiátricos no es absolutamente necesaria, pero sí es importante que sea cuidadosa y completa en aquellos en quienes exista sintomatología que sugiera la presencia de hipotiroidismo; en las personas con Trastorno afectivo bipolar, que sean cicladores rápidos o presenten episodios mixtos y en aquellos que se encuentren en tratamiento con moduladores del afecto especialmente el litio. (1)

En cuanto a investigación Internacionales encontró en la Revista “ The European Journal of Psychiatry” un estudio de tipo descriptivo realizado en Croacia titulado “depresión en pacientes con alteraciones del tiroides” el cual plantea como objetivo determinar la frecuencia de la depresión en pacientes con alteración de la función tiroidea, así como la gravedad de los síntomas depresivos.

Esta investigación incluye 53 pacientes de sexo femenino con edad promedio de 47,3 años de edad con disfunción tiroidea (30 hipertiroides y 23 hipotiroides) y 28 mujeres con trastorno depresivo unipolar (criterios diagnósticos del DMS IV), con edad promedio de 51,5 años. Se utilizó el consentimiento informado, todas las pacientes fueron entrevistadas por un psiquiatra y se les aplicó la escala de Hamilton para la depresión. Ellos consideraron que la clínica era significativa de trastorno depresivo en aquellos pacientes que puntuaban con al menos 17 puntos de tal escala.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: de los 30 pacientes con hipertiroidismo, 17 cumplían con los criterios de trastorno depresivo, mientras que de los 23 pacientes con hipotiroidismo 16 padecían de trastorno depresivo. Dos tercios de los pacientes con disfunción tiroidea padecen trastornos depresivos clínicamente significativos. Los trastornos depresivos se hallan más representados entre los pacientes con hipotiroidismo que entre los hipertiroides.

Los trastornos depresivos entre los pacientes con disfunción tiroidea fueron menos graves que en los pacientes con depresión mayor unipolar. Los pacientes con hipertiroidismo tenían menos síntomas graves del tipo de la inhibición que los pacientes con depresión mayor. Los síntomas graves de agitación entre los pacientes con depresión mayor unipolar son significativamente diferentes de los síntomas presentados por los pacientes con hipotiroidismo. Existe una prevalencia de síntomas de agitación entre los pacientes con hipertiroidismo y una dominancia de síntomas inhibitorios depresivos entre los pacientes con hipotiroidismo.

La relativa alta representación de los trastornos depresivos entre los pacientes con disfunción tiroidea los convierte en un grupo de riesgo potencial. Este hecho es importante tenerlo en cuenta en lo referente al diagnóstico y al tratamiento, ya que nos ayudara a prevenir un posible riesgo en cuanto a la cronicidad de la depresión. (2)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es un trastorno crónico del estado de ánimo que da lugar a episodios depresivos y maníacos, y en cualquiera de sus dos estados pueden aparecer síntomas psicóticos. El trastorno bipolar afecta del 0.8 al 1% de la población general y se produce en proporción ligeramente más alta en grupos de nivel socioeconómicos más altos; este trastorno ocasiona pérdidas superiores a 150 millones de días laborales anualmente.

La evaluación de la función tiroidea se realiza con mucha frecuencia en el estudio de los trastornos afectivos, pues se han identificado varias anomalías en pacientes con depresión y trastorno bipolar, lo cual también es importante en el manejo de los cuadros refractarios y pacientes ciclotímicos.

Las hormonas tiroideas son necesarias para regular el metabolismo en todos los tejidos corporales; Las investigaciones han demostrado que estados hipotiroideos e hipertiroideos producen profundos cambios en los receptores noradrenérgicos, serotoninérgicos y gabaérgicos en áreas particulares del cerebro. Los mecanismos por los cuales la disfunción tiroidea produce sintomatología psiquiátrica no está claramente establecida, una variedad de cambios del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides se han identificado en los pacientes con depresión. La asociación de TAB e hipotiroidismo, en muchos casos, es el resultado de la actividad antitiroidea del litio. Tal elemento afecta numerosos aspectos de la economía tiroidea, entre estos la producción, la síntesis, la acción y la inhibición hormonal; asimismo, influye en la producción de hormona tiroidea a través de la disminución de la recaptación de yodo hacia la glándula tiroidea, y, adicionalmente, podría tener un efecto inmunoestimulante, que induce o exacerba un trastorno auto inmune existente.

El trastorno afectivo bipolar es una de las patologías que con mayor frecuencia requiere hospitalización en la unidad mental del HUHMP, esta unidad mental cuenta con 26 camas, cuatro enfermeros por cada turno de 7 horas, con una sala de audiovideo, comedor, baños, y una huerta ecológica que forma parte de su terapia de apoyo, allí los pacientes, además de su tratamiento farmacológico, cuentan con jornadas de educación referentes a superación personal, autoestima e integración gracias a equipos interdisciplinarios, de auxiliares de enfermería, enfermeros, psicólogos. Pero lo más importante de nuestro lugar de práctica es la calidad de ser la única unidad mental en el Huila, y además de estar ubicada en el hospital de referencia de todo el sur de Colombia.

Teniendo en cuenta estos planteamientos:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con trastorno afectivo bipolar hospitalizados en la unidad mental del HUHMP y si existe relación de las alteraciones tiroideas halladas en estos pacientes con el uso del carbonato de litio?

3. JUSTIFICACION

El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad episódica con un curso variable, que afecta aproximadamente a un 0.8% de la población adulta. El primer episodio en los hombres es más probable que sea de carácter maniaco, por el contrario en las mujeres se caracteriza por ser de tipo depresivo. Según la experiencia clínica antes de los 12 años es infrecuente.

Es frecuente que un paciente experimente varios episodios de depresión antes de que aparezca un episodio de manía; por lo tanto es preciso tener en cuenta siempre el trastorno afectivo bipolar en el diagnóstico diferencial de los pacientes con depresión debido a que estos paciente no refieren los episodios previos de manía o hipomanía.

Con base en las diferentes investigaciones realizadas acerca de la relación de la depresión con las alteraciones de la función tiroidea y otros estudios que vinculan estas alteraciones con los trastornos del estado de ánimo queremos conocer si la presentación de la depresión en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) es originada por una disfunción tiroidea primaria, si es por la misma enfermedad o por el tratamiento farmacológico establecido (carbonato de litio).

Conociendo que el trastorno bipolar causa una considerable morbilidad psicosocial que con frecuencia afecta al matrimonio, los hijos, el trabajo y otros aspectos de la vida del paciente incluyendo la autoeliminación y las relaciones con otras personas es necesario averiguar las características epidemiológicas y los diferentes signos y síntomas de los pacientes que se encuentran hospitalizados y que reflejan la prevalencia de esta enfermedad en el sur de Colombia; con el conocimiento adquirido de la evolución clínica del paciente se puede identificar de manera precoz posibles nuevos episodios esto ayudaría al paciente a dominar mejor su enfermedad y podría ser útil para garantizar la instauración de un tratamiento adecuado es decir reducir la frecuencia, intensidad y consecuencias psicosociales de estos.

Partiendo de lo anterior se lograría una sólida relación entre el médico, el paciente y la familia prestando una atención integral, obteniendo un resultado gratificante para el paciente por su pronta reinserción a su grupo social y para la institución en cuanto a costos al disminuir la estancia hospitalaria, al utilizar racionalmente los recursos físicos, humanos y materiales implicados en el cuidado y tratamiento del paciente.

Pretendemos aportar mayores elementos de juicio a los diferentes profesionales de la salud que les permita ampliar el enfoque diagnóstico y terapéutico que se tiene de los

pacientes que padecen de trastorno afectivo bipolar. Y de esta manera contribuir en ellos a la actualización de conocimientos de la enfermedad generando inquietudes que los motiven a realizar nuevos trabajos investigativos a cerca del tema o refuercen los resultados obtenidos sirviendo este como una base científica de referencia.

Para realizar este estudio investigativo contamos con apoyo de personal altamente calificado, el sitio de práctica siquiátrica la unidad mental del HUHMP que es una institución de referencia de toda la región Sur-colombiana.

4. OBJETIVOS

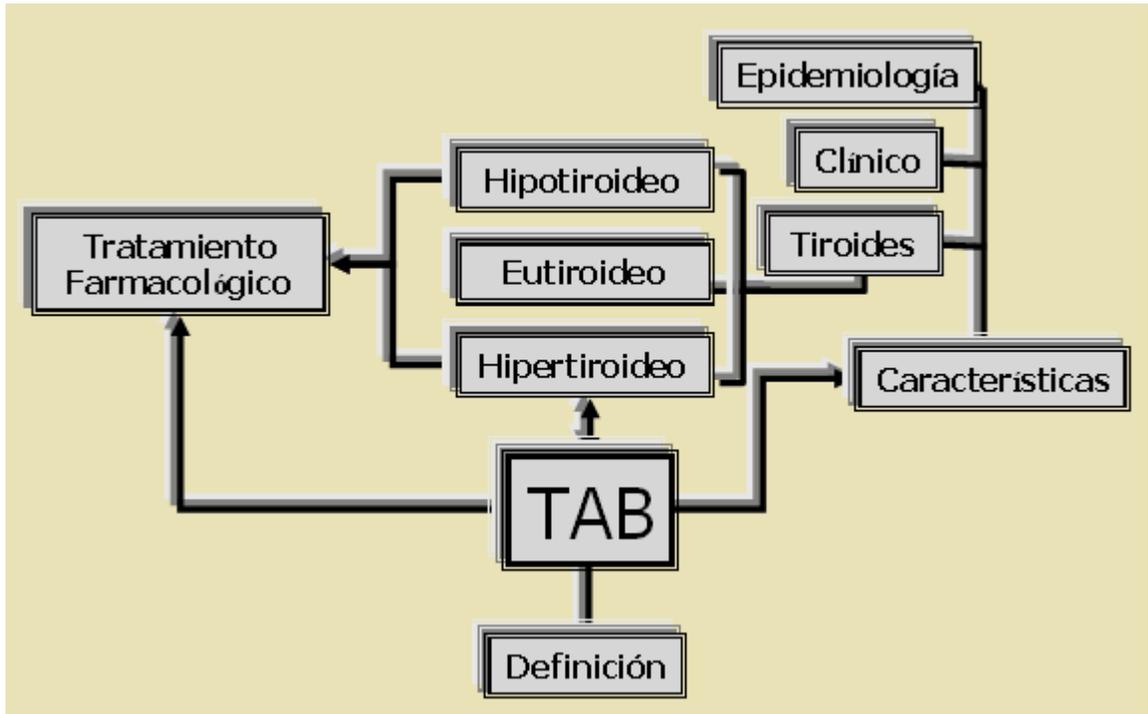
4.1 GENERAL

Determinar las características epidemiológicas y clínicas del Trastorno afectivo bipolar (TAB) y la relación de su tratamiento basado en carbonato de Litio con las alteraciones de la función tiroidea en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de Neiva entre Noviembre del 2005 y Marzo de 2006 y dar sugerencias para un enfoque primario.

4.2 ESPECIFICOS

1. Identificar las características epidemiológicas (Sexo, edad, Situación socio-económica, origen, origen familiar, estado civil, escolaridad, ocupación) de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnóstico de TAB.
2. Identificar las características clínicas (antecedente familiar, alteración de la función tiroidea previa y actual, fase clínica del TAB (primer episodio, episodio actual) tiempo de hospitalización, tiempo de remisión), y los diagnósticos psiquiátricos iniciales en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnóstico de TAB.
3. Determinar la prevalencia del trastorno afectivo bipolar en la unidad mental del HUHMP.
4. Describir el número de pacientes que consumen carbonato de litio y su forma de consumo (continua o intermitente) y determinar si existe o no relación entre el consumo continuo y la aparición de alteraciones tiroideas.
5. Describir los síntomas y signos más predominantes en la presentación del trastorno afectivo Bipolar.
6. Dar sugerencias para un enfoque primario e integral en el tratamiento del trastorno afectivo bipolar

5. MAPA CONCEPTUAL



6. MARCO TEORICO

6.1 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

6.1.1 CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS DEL DIAGNOSTICO

Según la definición del DSM-IV, los pacientes con un trastorno bipolar han sufrido al menos un episodio de manía. Algunos pacientes han tenido episodios depresivos previos y la mayoría de ellos sufrirán episodios posteriores, que pueden ser maníacos o depresivos. Además pueden producirse episodios hipomaníacos y mixtos, así como un umbral significativamente bajo de labilidad del estado de ánimo entre los episodios.

En cualquiera de los polos de depresión y manía puede producir síntomas psicóticos, casi todos los casos de trastorno bipolar predisponen al paciente a sufrir episodios de depresión y manía a lo largo de la vida, el tratamiento biológico consiste en terapia que dura toda la vida, junto con estabilizadores del ánimo, como litio y anticonvulsivantes.

La evaluación del paciente con un trastorno bipolar incluye cuestiones tanto trasversales (es decir, características actuales o recientes del estado del paciente) como longitudinales (es decir, curso anterior y actual del trastorno).

Cuestiones trasversales: Las cuestiones trasversales incluyen una evaluación, en primer lugar, el psiquiatra debe determinar si el paciente cumple los criterios del DSM-IV para un episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo o mixto.

Los síntomas de manía ocurren dentro de un espectro que varía desde manía Leve (hipomanía) Hasta manía grave (con síntomas psicóticos), esto afecta su desempeño laboral y social, entre los cambios bruscos del estado de ánimo suele haber ánimo normal.

Las variaciones de los trastornos bipolares incluye Trastorno bipolar tipo I, tipo II, trastorno bipolar de ciclos rápidos y trastorno ciclotímico; los tipo I experimentan ciclos de depresión, estado de animo normal y manía declarada, en ocasiones con rasgos psicóticos, los individuos con trastorno bipolar tipo II no alcanzan el extremo de manía máxima, pero presentan episodios de hipomanía, sin embargo presentan episodios de depresión profunda cuando su estado de animo esta bajo. En cualquier extremo puede producir síntomas psicóticos, no experimentan síntomas de manía.

En el trastorno bipolar de ciclos rápidos se producen cambios repentinos del estado de ánimo que se produce con gran rapidez, lo que da lugar a más de 4 episodios de depresión

en un año. El trastorno ciclotímico constituye una forma más leve de trastorno afectivo bipolar con, experimentan ciclos alterno de hipomanía y depresión leve.

6.1.2. INCIDENCIA

Ocurre en la misma prevalencia en hombres y en mujeres. Suelen tener la misma probabilidad de ocurrir en los diferentes grupos étnicos, afecta al 1% de la población general , se produce en proporción ligeramente mas alta en grupos de nivel socioeconómico mas alto, da lugar a perdidas de mas de 150 millones de días de trabajo en cualquier años dado.

6.1.3. CURSO

Tiene una edad de comienzo promedio a los 30 años, es más posible que el primer episodio sea de depresión en mujeres y de manía en hombres, el episodio promedio de manía tarda 3 meses sin tratamiento, se presenta más tardíamente en mujeres que en hombres.

En el transcurso del tiempo el intervalo entre los episodios se reduce, dicho intervalos e estabiliza tras cinco episodios como una frecuencia de aproximadamente cada 6 a 9 meses. El número de episodios de manía en el curso de la vida es de 9, aunque los sujetos que presentan ciclos rápidos pueden presentar hasta 30 episodios.

El pronostico para aquellos que no aceptan el uso de los estabilizadores del animo dejan de consumirlos y recaen, también como aquella personas que tienen asociado el abuso de sustancias es peor, los cicladores rápidos y los de tipo mixto tienen pero pronostico que los otros tipos. (5)

6.1.4. CAUSAS

Entre las causas señaladas, tenemos una respuesta menor a TSH y TRH, un aumento de la actividad dopaminérgica y la posible participación de sistemas de segundo mensajero como AMPc en personas con manía, en un grupo reducido de pacientes presenta coeficiente intelectual bajo y la presencia de ventrículos laterales de mayor tamaño en la resonancia magnética. La propiedades anti-maniacas de los anticonvulsivantes sugieres la posibilidad de un iniciador en el lóbulo temporal de los pacientes con manía, el desequilibrio del sistema anímico (que afecta la serotonina y la noradrenalina) parece relacionarse con la presentación de depresión y manía.

Uno o ambos padres de casi la mitad de todos los pacientes que padecen trastorno bipolar presentan algún trastorno del estado de ánimo.

Cuando algunos de los progenitores padecen trastorno afectivo bipolar, cualquiera de los hijos tiene el 25% de posibilidad e padecer algún trastorno del estado de ánimo, esta probabilidad aumenta al 50-70% cuando los dos padres están afectados, los gemelos monocigóticos comparten el 70-100% de posibilidad y en los gemelos fraternos comparten 20% solamente.

6.1.5. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Pacientes hipomaniacos: activos, energéticos, extrovertidos y asertivos.

Pacientes maniacos: Euforia, pensamientos de grandiosidad, paranoicos e irritables, el control de impulsos se reduce notablemente, son hiperactivos, quienes actúan bajo este estado acaban dañando sus relaciones personales, empleos o en estados financieros

Manía con síntomas psicóticos: pensamiento rápido desorganizado, asociaciones poco congruentes o bloqueo de pensamiento, alucinaciones, ilusiones incapacidad para concentrarse.

6.1.6. ESTADO MENTAL

- A. Apariencia y comportamiento: en estado de ánimo elevado visten con colores fuertes y vivos, si esta con síntomas psicóticos puede tener apariencia desorganizada, desarreglada y confusa, el maniaco tiene agitación psicomotora con apariencia excitada, habla con entusiasmo con el entrevistador o con los demás pacientes, suele distraerse fácilmente hacer muchas llamadas.
- B. Lenguaje: rápido y entono alto para los maniacos, puede crear asociaciones en rimas, emplear palabras con espíritu juguetón, pueden utilizar neologismos.
- C. Emociones Pueden estar de ánimo ligeramente elevado hasta euforia declarada, pueden también estar irritable o deprimido y suelen observarse respuestas emocionales inadecuadas.
- D. procesos de pensamiento: pacientes con hipomanía pensamientos con mayor rapidez, con flujo lógico, los pacientes con manía su pensamiento es tan rápido que muchas veces no pueden expresarlo con tal rapidez, puede presentar fuga de ideas en el cual pasa con rapidez de una asociación a la siguiente, los pacientes con síntomas psicóticos puede asemejarse a pacientes esquizofrénicos con asociaciones poco congruentes o fantásticas, neologismos y asociaciones rítmicas.
- E. contenido del pensamiento: el paciente maniaco tiene un pensamiento grandioso, paranoico y delirante conforme se aproxima al estado psicótico, en ocasiones alucina, quizás escuche la voz de dios o una voz que le dice “tu eres el mejor - tu puedes hacerlo”.
- F. Criterios, comprensión y control del impulso, varía desde bueno en casos de manía hasta malos en casos de manía con rasgos psicóticos,

- G. Examen cognoscitivo. No suele revelar problemas de memoria corto plazo o concentración, pero los individuos con manía pueden distraerse fácilmente y su concentración esta afectada.

6.1.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ENTIDADES MÉDICAS QUE PUEDE TENER EPISODIOS DE MANIA

Enfermedad de Cushing, hipertiroidismo, ataques apoplejía, epilepsia del lóbulo temporal, tumores cerebrales, traumatismos de la cabeza, infección por HIV, Lupus eritematoso sistémico y esclerosis múltiple.

MANIA INDUCIDA POR DROGAS, El uso de metanfetaminas, cocaína, prednisona, la cimetidina, levodopa, bromocriptina pueden producir en personas predispuestas estados de manía.

TRASTONOS PSIQUIATRICOS

Trastorno esquizoafectivo: estos pacientes pueden presentar episodios de manía y depresión pero presentan síntomas crónicos de la esquizofrenia como delirios y alucinaciones, y usualmente presentan un deterioro progresivo del funcionamiento.

Trastornos de la personalidad: Quienes padecen trastornos de la personalidad a menudo padecen ánimo inestable, particularmente en trastornos del grupo B, histriónica, borderline, narcisista y antisocial.

Esquizofrenia: a los que padecen Trastorno afectivo bipolar a menudo se le diagnostica esquizofrenia, y esto se debe a la presencia de síntomas psicóticos durante la etapa de manía, o etapa de inicio.

6.1.8. CLASIFICACION SEGÚN EL DSM IV

T. BIPOLAR I

- Episodio maniaco único
- Episodio más reciente hipomaniaco
- Episodio más reciente maniaco
- Episodio más reciente mixto
- Episodio más reciente mixta
- Episodio más reciente depresivo

T. BIPOLAR II

Episodio más reciente hipomaniaco

Episodio más reciente depresivo

T. CICLOTIMICO

T. BIPOLAR DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

T. BIPOLAR INDUCIDO POR SUSTANCIAS

6.1.9 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO MANIACO (DSMIV)

- A.** Un período claro de ánimo elevado, expansivo o irritable que dura por lo menos una semana o menos y necesita hospitalización.
- B.** Durante un período de trastorno del animo tres o mas de los siguientes síntomas ha persistido (cuatro si el animo es irritable) y ha estado presente en un grado significativo.
 - 1. Inflación de la autoestima o grandiosidad
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir
 - 3. Mas conversador de lo usual o siente la presión de seguir hablando.
 - 4. Fuga de ideas o la experiencia subjetiva de que los pensamientos están acelerados
 - 5. Distractibilidad.
 - 6. Aumento de las actividades dirigidas a una meta o agitación psicomotora
 - 7. Excesivo involucrimiento en actividades placenteras que tienen in alto potencial de consecuencias dolorosas (como compras descontroladas, indiscreción sexual, o inversiones alocadas).
- C.** No llena los criterios del episodio mixto
- D.** D. El trastorno del animo es suficientemente severo para causar menoscabo laborar, social o interpersonal marcado, o necesita hospitalización o hay características psicoticas
- E.** Los síntomas no son debidos a l efecto fisiológico de una sustancia u otra condición medica general. (6)

6.1.10 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM IV)

- A.** Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo

menos uno de los siguientes síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, reporte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes, puede ser ánimo irritable.
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta (5% del peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autoreproche o culpa por estar enfermo).
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.

C. No se debe a afectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).

D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

6.2. LA FUNCION TIROIDEA

La hipófisis anterior, bajo la influencia de la hormona liberadora de tirotrópina (TRH) hipotalámica, produce la TSH. Esta última actúa sobre la glándula tiroidea para regular la producción de hormonas tiroideas, T3 y T4, y a su vez, tales hormonas actúan sobre la hipófisis y el hipotálamo para inhibir la liberación de TSH y TRH, respectivamente.

Las hormonas tiroideas son necesarias para regular el metabolismo en todos los tejidos corporales; mientras que la T3 es una hormona metabólicamente activa, sintetizada de la conversión de T4 a través de la 5 deionidasa tipo I en los tejidos periféricos. A diferencia

de otros órganos que requieren T3, el cerebro obtiene la T4 a través de un transportador, el cual lleva al cerebro T4 atravesando la barrera hematoencefalica y es convertida en T3 a través de la 5 deionidasa tipo II, una enzima especifica de la corteza cerebral y de la hipófisis.

Las hormonas tiroideas se unen ampliamente a proteínas plasmáticas con solo 0.3% de T3 y 0.02% de T4 libre. El rango normal de la TSH es de 0.3 a 4.7 μL , la T4 y T3 libre están en el rango de 5-11 $\mu\text{g/dl}$ y 75-175 $\mu\text{g/dl}$, respectivamente. Es importante saber que la secreción de TSH continua a un ritmo circadiano con un pico nocturno.

Las investigaciones han demostrado que estados hipotiroideos e hipertiroideos producen profundos cambios en los receptores noradrenergicos, serotoninergicos y gabérgicos en áreas particulares del cerebro. Los mecanismos por los cuales la disfunción tiroidea produce sintomatología psiquiatrica no esta claramente establecida; sin embargo, existen algunas teorías para su explicación:

- Una reducción de la actividad de la hormona tiroidea podría resultar en una disminución de la actividad de receptores beta-adrenergicos postsinapticos, lo que llevaría a una disminución en la transmisión de catecolaminas.
- La baja actividad de la hormona tiroidea también esta asociada con una reducción de la actividad de la serotonina.
- Las alteraciones en la acción de la 5 deionidasa tipo II están implicadas en la depresión, por eso una reducción en la actividad de esta enzima disminuye la conversión de T4 en T3 (3).

6.2.1. HIPERTIROIDISMO

El hipertiroidismo o tirotoxicosis resulta de un exceso en la síntesis de hormona tiroidea. La prevalencia de esta entidad en la población general es del 0.5%, y se presenta con mas frecuencia en mujeres que en hombres. Se ha observado que en las primeras aparece entre la tercera y cuarta década, mientras que hombres la mayor incidencia ocurre en las últimas décadas de la vida.

Estos pacientes pueden presentar insomnio, irritabilidad, agitación psicomotora, labilidad afectación de la memoria y en algunas ocasiones síntomas psicóticos

Otros signos y síntomas incluyen incremento en el apetito, perdida de peso, palpitaciones, taquicardia, alteraciones menstruales, exoftalmos, entre otros. Un pequeño grupo de pacientes con hipertiroidismo crónico, especialmente ancianos, pueden presentar afecto triste, adinamia y apatía. Los trastornos de ansiedad se presentan con frecuencia en estos individuos, como el caso del trastorno de ansiedad generalizada, que se presenta en el 40% de los pacientes con tirotoxicosis. El incremento de las concentraciones de T4 puede ser el resultado de una disminución periférica de la conversión de T4 a T3 o puede estar

relacionado con un mecanismo homeostático compensatorio para mantener el funcionamiento normal del cerebro.

Algunos antidepresivos como la desipramina y la fluoxetina, al parecer, incrementan la actividad de la 5 deionidasa tipo I y II, lo cual aumenta las concentraciones de T3, capta de manera compensatoria T4 hacia el cerebro y reduce las cantidades séricas de T4. Sin embargo, no todos los estudios han encontrado Cambios en las concentraciones de hormona tiroidea durante el tratamiento antidepresivo.

6.2.2. HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo resulta de una inadecuada producción de hormona tiroidea, y su prevalencia es aproximadamente del 2% en mujeres y menos del 0.01% en hombre. Existen dos clasificaciones de hipotiroidismo: una basada en la ubicación de la alteración dentro del eje y otra, en la gravedad de los síntomas. Según la ubicación de la alteración se dividen en:

- Hipotiroidismo primario: la alteración esta ubicada en la glándula tiroides.
- Hipotiroidismo secundario: se produce por un déficit de producción de TSH en la hipófisis.
- Hipotiroidismo terciario: déficit en la producción de TRH

Existen síntomas que se presentan tanto en depresión como en hipotiroidismo, como son ánimo triste, letargo, ganancia de peso, hipersomnia, disminución en la concentración y alteraciones en la memoria, disminución de la libido e ideas suicidas. Sin embargo, existen signos y síntomas que sirven para diferenciar estas dos entidades, por ejemplo, piel seca, intolerancia al frío, cabello escaso y quebradizo y mixedema en el hipotiroidismo. Los cuadros de delirium y síntomas psicóticos son mas frecuentes cuando la alteración endocrina es de inicio rápido (3)

Síntomas comunes entre depresión e hipotiroidismo y síntomas diferenciales:

<i>SINTOMAS COMUNES</i>	<i>SINTOMAS DE HIPOTIROIDISMO</i>
Afecto Triste	Piel seca
Letargo	Intolerancia al frío
Aumento de peso	Cabello seco, débil y escaso
Aumento del sueño	Mixedema
Pobre concentración	Bocio
Afectación de la memoria	
Ideas Suicidas	

Fuente: Revista colombiana de psiquiatría -Hormonas tiroideas y trastorno afectivos.

6.3. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Los tratamientos farmacológicos constituyen un componente crucial del tratamiento de los pacientes con un trastorno bipolar. Se ha demostrado que las medicaciones son eficaces en

el tratamiento de los episodios agudos, así como en la prevención de futuros episodios. Además, en muchos pacientes se obtiene un beneficio entre los episodios con el empleo de los efectos de estabilización del estado de ánimo que aportan algunas medicaciones.

Entre las medicaciones utilizadas en pacientes con un trastorno bipolar se encuentran las que reducen los síntomas de manía o depresión, las que previenen a apariciones de nuevos episodios y las que pueden no actuar fundamentalmente sobre el estado de ánimo, pero resultan útiles en diversos momentos en el curso del trastorno.

Los tres estabilizadores del estado de ánimo de que actualmente se dispone son el litio, el valproato y la carbamacepina. Tradicionalmente, el litio ha sido el tratamiento farmacológico primario para los pacientes con un trastorno bipolar. La primera descripción de sus efectos anti-maniacos se produjo en 1949 y se ha utilizado ampliamente en los Estados Unidos para el tratamiento agudo y preventivo del trastorno bipolar desde mediados de los años sesenta. El litio es eficaz en el tratamiento agudo de los episodios maniacos y depresivos y en la prevención de los episodios maniacos y depresivos recidivantes. Además, se ha observado que el litio reduce la inestabilidad del estado de ánimo que afecta de manera muy nociva a muchos pacientes en los intervalos entre los episodios.

6.3.1 FARMACOCINÉTICA E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS:

El litio se comercializa en comprimidos o cápsulas, en forma de sal de carbonato o bien como citrato de litio en forma de jarabe. Un comprimido de 300 mg de carbonato de litio contiene 8 mEq (o mmol). Una dosis de 5 cm. de jarabe de citrato contiene también 8 meq. El litio se absorbe con facilidad tras la administración por vía oral; no se han comercializado formulaciones de administración parenteral. Los preparados estándares producen unas concentraciones séricas máximas en un plazo de 1 1/2 a 2 horas; las formulaciones de liberación lenta proporcionan unas concentraciones séricas máximas a las 4 a 4 1/2 horas. El litio se excreta casi enteramente por los riñones y su semivida es de entre 14 y 30 horas, (Normalmente el aclaramiento del litio es de aproximadamente una cuarta parte del aclaramiento de creatinina.)

El litio Se distribuye en el agua corporal total, no se fija a las proteínas y no es metabolizado. Las modificaciones de la hidratación afectan a las concentraciones de litio y cuando se producen episodios de deshidratación, las concentraciones son más elevadas.

Efectos secundarios y toxicidad

Hasta un 75 % de los pacientes tratados con litio presentan algún tipo de efectos secundarios. Estos efectos son de diversa trascendencia clínica. La mayoría de ellos son menores a pueden reducirse a eliminarse mediante una reducción de la dosis de litio o un cambio de la pauta de administración. Así, por ejemplo, se ha descrito una reducción del 30 % de los efectos secundarios en los pacientes tratados con una concentración media de

litio de 0,68 mEq/l, en comparación con los que tenían una concentración media de 0,85 mEq/l. Los efectos secundarios que parecen estar relacionados con las concentraciones séricas máximas (p. ej., temblor que alcanza una intensidad máxima a las 1 a 2 horas de la administración) pueden reducirse a eliminarse con el empleo de un preparado de liberación lenta a el paso a una pauta de una sola dosis al acostarse.

6.3.2 EFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON LA DOSIS.

Los efectos secundarios del litio consisten en poliuria, polidipsia, aumento de peso, problemas cognitivos (p. ej., embotamiento, deterioro de la memoria, falta de concentración, confusión, lentitud mental), temblor, sedación o letargia, deterioro de la coordinación, molestias gastrointestinales (p. ej., náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea), pérdida del pelo, leucocitosis benigna, acne y edema. Los efectos secundarios que persisten a pesar del ajuste de la posología pueden tratarse con otras medicaciones (p. ej., beta bloqueadores para el temblor; diuréticos para poliuria, polidipsia a edema; antibióticos tópicos o ácido retinoico para la acne). Las alteraciones gastrointestinales pueden resolverse administrando el litio con las comidas o cambiando de preparado de litio (especialmente con el empleo del citrato de litio).

El efecto renal más frecuente del litio es el deterioro de la capacidad de concentración debido a una reducción de la respuesta renal a la ADH, que se manifiesta en forma de poliuria, polidipsia o ambas cosas. La poliuria puede resolverse con frecuencia mediante el paso a una pauta de administración con una sola dosis diaria al acostarse.

Se produce un hipotiroidismo en un 5 a un 35 % de las pacientes tratadas con litio. Este efecto es más frecuente en las mujeres, tiende a aparecer después de 6 a 18 meses de tratamiento con litio y puede asociarse a ciclos rápidos. El hipotiroidismo inducido por el litio suele ser reversible al suspender la administración de esta sustancia. Sin embargo, el hipotiroidismo inducido por el litio no constituye una contraindicación para continuar dicho tratamiento. Cuando se mantiene la administración de litio, el hipotiroidismo asociado se trata con facilidad mediante la administración de levotiroxina. Además de los signos y síntomas clásicos de hipotiroidismo, los pacientes con un trastorno bipolar presentan un riesgo de depresión y/o de ciclos rápidos como consecuencia del funcionamiento tiroideo insuficiente. Si se producen estos síntomas en presencia de signos de laboratorio de una función tiroidea insuficiente, debe considerarse la posible conveniencia de administrar suplementos de tiroides y/o de suspender el tratamiento con litio.

Efectos secundarios idiosincrásicos

Existe un pequeño número de descripciones de casos en los que se describe una exacerbación a una aparición inicial de Psoriasis asociada al tratamiento con litio. Algunos de estos pacientes mejoraron con un tratamiento dermatológico apropiado y/o al reducir la

dosis de litio.

Ha causada gran preocupación la posibilidad de que la exposición crónica al litio pueda causar una lesión renal Irreversible. Aproximadamente un 10 a un 20 % de los pacientes tratados con litio a largo plazo (más de 10 años) presentan alteraciones morfológicas renales (generalmente fibrosis intersticial, atrofia tubular y a veces esclerosis glomerular). Estas alteraciones pueden asociarse a un deterioro de la reabsorción de agua. Pero no a una reducción de la filtración glomerular ni a la aparición de una insuficiencia renal.

6.3.3 TOXICIDAD / SOBREDOSIS:

Los efectos tóxicos del litio son más probables a medida que aumenta la concentración sérica de esta sustancia, La mayoría de los pacientes presentan algunos efectos tóxicos con concentraciones superiores a 1,5 *mEq/l*. Las cifras superiores a 2,0 *mEq/l* se asocian con frecuencia a efectos secundarios con peligro para la vida del paciente.

Los signos y síntomas iniciales de la intoxicación (con concentraciones superiores a 1,5 *mEq/l*) consisten en un temblor intenso, náuseas y diarrea, visión borrosa, vértigo, confusión y unos reflejos tendinosos profundos vivos. Con concentraciones superiores a 2,5 *mEq/l*, las pacientes pueden presentar complicaciones neurológicas más graves y finalmente llegan a sufrir crisis convulsivas, coma, arritmias cardíacas y un deterioro neurológico permanente,

6.3.4 APLICACIÓN PRÁCTICA DEL TRATAMIENTO CON LITIO

Antes de iniciar un tratamiento con litio, debe revisarse la historia clínica médica general del paciente, prestando especial atención a los síntomas que pudieran afectar el tratamiento con litio a verse afectados por él (es decir, la función renal, tiroidea y cardíaca), Además, es preciso valorar la presencia de un posible embarazo o la existencia de trastornos dermatológicos.

En general, se recomienda utilizar determinaciones de laboratorio y otras pruebas diagnósticas en función de un conocimiento de la fisiopatología y de las decisiones clínicas que se prevén, en vez de basándose en los datos de los estudios experimentales que indican su utilidad clínica. La decisión de recomendar la realización de una prueba se basa en la probabilidad de detectar un dato que pueda modificar el tratamiento y el beneficio esperado del consiguiente cambio terapéutico. Las pruebas recomendadas son de tres tipos: 1) determinaciones básicas que se utilizan para facilitar la posterior interpretación de las pruebas de laboratorio (p. ej., ECC, hemograma completo); 2) pruebas para determinar si son necesarios tratamientos diferentes o adicionales (p. ej., prueba del embarazo, concentración de hormona tiroestimulante), y 3) pruebas para determinar si la pauta de administración estándar de litio ha de ser modificada (p. ej., concentración de creatinina).

Basándose en estas consideraciones, generalmente se recomienda lo siguiente antes de iniciar un tratamiento con litio: historia clínica médica y exploración física generales; concentraciones de BUN y creatinina; prueba del embarazo; pruebas de la función tiroidea; ECC con análisis del ritmo en pacientes con de mas de 40 años y algunos autores sugieren realizar también un hemograma completo.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos y el seguimiento de los pacientes, este estudio es de tipo Observacional, Descriptivo Retrospectivo y es sincrónico porque esta ubicado dentro de un periodo de tiempo entre noviembre del 2005 a marzo del 2006.

7.2 AREA DEL ESTUDIO

Esta investigación se realizara en la unidad mental ubicada en el HUHMP desde noviembre del 2005 a marzo del 2006; este lugar de hospitalización consta de un planta física amplia, que contiene espacio para albergar 27 pacientes, cuenta con una sala de televisión y de manualidades, un patio de recreación y una huerta; este servicio del Hospital recibe y acoge pacientes del Huila y de otros departamentos entre ellos Caquetá, sur del Tolima, Putumayo y algunas poblaciones del Cauca. La unidad mental cuenta con el apoyo medico-científico de psiquiatras, psicólogos, médicos internos, cirujanos, y demás especialistas de una institución de cuarto nivel, lo que permite la interdisciplinariedad en el tratamiento.

7.3 POBLACION

La población la conforman todos los pacientes afiliados al sistema general de seguridad social, tanto del régimen contributivo como subsidiado y algunos privados, independientemente de sus características demográficas, económicas, sociales culturales, etc. que lleguen a la unidad mental y se hospitalicen con el diagnostico de TAB, en el periodo comprendido entre noviembre del 2005 y marzo del 2006.

7.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	DEFINICION	SUBVARIABLE	<i>CATEGORIA</i>	<i>NIVEL DE MEDICION</i>	<i>INDICADOR</i>
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Son características propias a la condición del ser humano que esta conviviendo en una comunidad	Edad	N° de años cumplidos al momento de la consulta	Razón	Proporción
		Edad de Inicio	Edad de primera Hospitalización por trastorno afectivo Bipolar	Razón	Proporción
		Genero	Puede ser: - masculino - femenino	Nominal	Proporción
		Origen Familiar	Municipio de origen de los padres del paciente: <i>Dpto. Huila:</i> -Zona norte -Zona Sur -Zona Occidente -Zona centro <i>Otros Dpto.</i>	Nominal	Proporción
		Origen personal	Municipio de nacimiento del paciente <i>Dpto. Huila:</i> -Zona norte -Zona Sur -Zona Occidente -Zona centro <i>Otros Dpto.</i>	Nominal	Proporción

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS		Procedencia	Sitio en donde tiene la residencia el paciente <i>Dpto. Huila:</i> -Zona norte -Zona Sur -Zona Occidente -Zona centro <i>Otros Dpto.</i>	Nominal	proporción
		Estado Civil	Condición que puede ser: -Casado -Soltero -Viudo -Separado -Unión libre	Nominal	Proporción
		Ocupación	Oficio que desempeña el paciente y del cual obtiene una remuneración, puede ser: -Hogar -Cesante -Empleado publico -Constructor -Agricultor -independiente -Estudiante -otro-cual	Nominal	Proporción

		Escolaridad	Años de estudio cursados al momento del diagnóstico, puede ser: -Ninguno -Primaria -primaria incompleta --Bachillerato -Bachillerato incompleto -Universidad -Profesional -Tecnología	Ordinal	Proporción
CARACTERÍSTICA CLÍNICAS	Son	Alteración actual de la función tiroidea	Según resultado de laboratorio: TSH: 0.15 a 4.2 mU/ml ; T4 Total: 55 a 150 nanomoles: -Eutiroideo: TSH y T4 normal o paciente que no presente clínica sugestiva de hipotiroidismo e hipertiroidismo -Hipertiroidismo: TSH baja o indetectable y T4 alta -Hipotiroidismo: TSH: alta y T4 baja	Nominal	Proporción
		Alteración previa de función tiroidea	Según información suministrada por el paciente o familiar: -Sí -No -Cual	Nominal	Proporción

Características propias del paciente hospitalizado en la Unidad mental.	Antecedente familiar	-Presencia de enfermedad mental en el núcleo familiar primario, puede ser: -Hermanos -Padres -Hijos -Presencia de enfermedad mental en el núcleo familiar secundario, puede ser: -Tíos -Sobrinos -primos -Abuelos -Otros	nominal	Proporción
	Tiempo de tratamiento	Numero de meses que llevan consumiendo carbonato de litio, puede ser: -Nunca consumió -Menos de 6 meses. -6 meses a 12 meses -12 meses a 24 meses -Más de 24 meses	ordinal	Proporción
	Frecuencia en el tratamiento	-intermitente -Continuo	nominal	Proporción
	Tiempo de remisión	Días que dura el paciente hospitalizado <15 días Entre 16 y 21 días Entre 22 y 30 días > de 30 días	Ordinal	Proporción
	Inicio sintomatológico de la TAB	Fase hipomanía Fase depresiva -Fase maniaca -Fase maniaca con psicosis -Fase depresiva con psicosis	nominal	proporción

		Primer diagnostico psiquiátrico	Primer diagnostico psiquiátrico que requirió hospitalización	nominal	proporción
		Hospitalizaciones previas	Nº de hospitalización que ha tenido el paciente -si -no	razón	proporción
		Tiempo asintomático	Meses aproximados en los cuales el paciente permanece asintomático	Razón	proporción

<p style="text-align: center;">CARACTERÍSTICAS CLINICAS</p>		<p>Criterios diagnósticos más frecuentes</p>	<p>Según DSM IV signos y síntomas mas frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alt. Estado de animo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ -Mania ➤ -Depresión -Ideas de grandiosidad -Insomnio -Logorrea -Fuga de ideas -Hiperproxesia -Hipoprosexia -Agitación psicomotora -Excesos de actividades placenteras -Anhedonia -perdida o aumento de peso -retardo psicomotor -Culpa excesiva e inapropiada -Bradipsiquico -ideas suicidas -ideación delirante -Alucinaciones visuales -Alucionaciones auditivas -agresividad -Deambulación -Descuido de su aspecto personal -Desinhibicion -Hiporexia -Irritabilidad 	<p>nominal</p>	<p>proporción</p>
---	--	--	---	----------------	-------------------

		Tiempo de hospitalización	Tiempo que requirió el paciente para su recuperación,(teniendo en cuenta el día que autorizaron la salida), puede ser: -menos de 15 días -De 16 a 22 días -De 23 a 29 días -mas de 30 días	Razón	proporción
		Hospitalizaciones previas	Nº de hospitalización que ha tenido el paciente -si -no	razón	proporción
		Diagnostico Definitivo de TAB	Tiempo transcurrido entre el primer diagnostico psiquiátrico y el diagnostico definitivo de TAB	Ordinal	Proporción

7.5 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LAS VARIABLES DE CONFUSION

Dentro del estudio se ha tenido en cuenta que se pueden ingresar pacientes con un erróneo diagnóstico clínico, lo que haría incluir en la investigación sujetos que alteren el análisis de los resultados, esto se controlará:

- Al momento de diligenciar el instrumento de investigación con cada paciente, se tendrá en cuenta que cumpla con las características clínicas que se encuentran consignadas en la encuesta del estudio.
- Se entrevistarán los pacientes de 2 a 3 días después de su ingreso, asegurando que para entonces este con un diagnóstico definitivo.
- Para la recolección completa de los datos se tendrá en cuenta que si el paciente por su estado psiquiátrico no puede suministrar una información confiable, se recurrirá en una primera instancia a la historia clínica, si faltan datos se entrevistara a un familiar cercano.
- Para evitar sesgos en la recolección de la información se hizo necesario que los encuestadores de esta fueran los mismos investigadores, debido a que conocen y dominan el tema, de manera que podrían resolver los inconvenientes que se presenten en el transcurso del estudio.

7.6 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DATOS:

Se realizara la solicitud de permiso a las directivas del hospital y específicamente de la unidad mental para que permitan el acceso a las Historias Clínicas y a los resultados de laboratorios de los pacientes con el fin de analizar la función tiroidea (TSH, T4).en ese periodo de tiempo. Se les pedirá el consentimiento informado de forma oral a los familiares si están o al paciente solicitándoles su colaboración.

Para recoger los datos de los pacientes se utilizará como método un auto-informe o informe personalizado, el cual permitirá obtener mediante preguntas directas gran cantidad de información, a su vez es un medio versátil que permite preguntar a los individuos del estudio sus antecedentes personales, datos de otras personas que conocen, informe sobre sucesos o condiciones de su medio, creencias sobre determinados hechos, sentimientos, conductas y opiniones, situaciones y practicas; este instrumento será elaborado por el grupo de investigación, y se aplicará a los pacientes, y los familiares si es necesario para tener una información más confiable; también se tomara información de la Historia Clínica.

Esta información será recolectada por alguno de los tres integrantes del grupo, durante la hospitalización del paciente y en el horario que sus actividades académicas se lo permitan

7.7 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

El instrumento diseñado es una guía de alta complejidad, por lo que es necesario que sea aplicada por los investigadores conocedores del tema. Consta de datos de identificación, y de preguntas que responden a las variables objeto del estudio es decir, características epidemiológicas y clínicas. Los tipos de preguntas son con ítems preestablecidos lo que hace que sean de fácil respuesta, además hace que se puedan cuantificar y tabular, para lograr un análisis adecuado.

7.8 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue realizada la segunda semana de septiembre, se escogieron 5 pacientes al azar que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación, a los cuales se les aplico la encuesta.

En aquella actividad se pudo constatar algunas falencias del documento tales como: ampliar los tipos de ocupaciones, discriminar el grado de escolaridad, agregar mas variables en signos y síntomas, se adicionaron preguntas como si consumía o no carbonato de litio, lo cual produjo una adición de la variable frecuencia y el numero de meses que llevan consumiendo carbonato de litio, se agruparon los municipios del departamento del Huila por zonas y adicionando otros departamentos, se incluyo la edad de inicio del trastorno Bipolar y cual fue su primer diagnostico psiquiátrico.

7.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se tabulara a través del programa EPI-INFO 2003, versión 3.2 con una base de datos relacional junto con Microsoft Excel, 2003

7.10 TRATAMIENTO ESTADISTICO

En el análisis de los resultados se tendrá en cuenta el cálculo de frecuencias, las medidas de tendencia central, se realizarán tablas para la tabulación de los datos y graficas.

7.11 FUENTES DE INFORMACION

Los datos serán en primera instancia obtenidos de la entrevista con el paciente, luego la historia clínica actual como fuente de información secundaria, y si es necesario a la historia clínica de archivo del Hospital Universitario de Neiva.

Los datos de la encuesta que no se puedan resolver con la Historia Clínica ni con la revisión en archivo del Hospital, se recurrirá a la familia. (Fuentes primarias).

7.12 ESTRATEGIA DE COMUNICACION

Este trabajo investigativo, al finalizar será evaluado por el tutor y por el coordinador de la materia, que evaluarán la importancia y trascendencia de este en la comunidad y se gestionará para que sea comunicado o difundidas sus conclusiones y hallazgos primero a nivel de la unidad mental, luego al hospital y por último quisiéramos que fuese publicado en la revista colombiana de psiquiatría.

7.13 ASPECTOS ETICOS

Para poder aplicar el cuestionario de investigación se hizo necesario explicarles a las personas participantes del estudio, el objetivo del estudio, los beneficios a largo plazo de la obtención y análisis de la información en cuanto a un oportuno y mejor manejo de su enfermedad. Como se iba a manejar la información llenando un formulario, después de reunir los datos pertinentes y pasarlos a una base de datos computarizada, estos fueron destruidos.

En la base de datos no se incluyeron los nombres de los pacientes. En el momento de analizar los datos y presentar el proyecto investigativo, se eliminó la información recolectada.

8. RESULTADOS

Este es un estudio observacional descriptivo de comportamiento prospectivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de Neiva con Diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar durante Noviembre de 2005 y Marzo de 2006 sin tener en cuenta sus características demográficas, económicas, sociales y culturales. De un Total de 203 pacientes Hospitalizados en la Unidad Mental por diferentes patologías Psiquiátricas, el 30% (60/203) correspondió TAB, siendo esta su prevalencia. De esta manera se incluyeron en total 62 pacientes, de estos fueron excluidos 3, por las siguientes razones: basándonos en los criterios de admisión 2 de ellos, ambos de sexo femenino, fueron diagnosticados en un comienzo como TAB y luego este fue cambiado a Esquizofrenia Paranoide y episodio esquizo-afectivo; el otro paciente correspondía a sexo masculino, al cual no se logro realizarle un completo seguimiento y se decidió por lo tanto excluirlo del estudio.

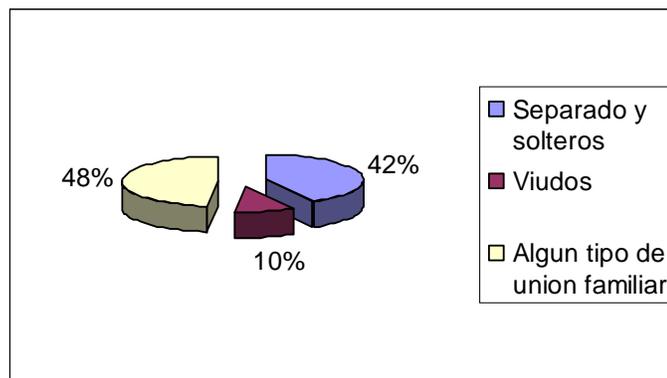
Tabla N°1: Características Epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnostico de TAB.

<i>Variables</i>	<i>n (59)</i>	<i>%</i>
GENERO		
<i>Femenino</i>	35	59,30%
<i>Masculino</i>	24	40,70%
ESCOLARIDAD		
<i>Bachillerato</i>	10	16,90%
<i>Bachillerato incompleto</i>	14	23,70%
<i>Ninguna</i>	9	15,30%
<i>Primaria</i>	9	15,30%
<i>Primaria incompleta</i>	11	18,60%
<i>Profesional.</i>	4	6,80%
<i>Tecnología/Universidad</i>	2	3,40%
OCUPACION		
<i>Agricultura</i>	10	16,90%
<i>Cesante</i>	5	8,50%
<i>Construcción</i>	2	3,40%
<i>Empleado público</i>	4	6,80%
<i>Hogar</i>	21	35,60%
<i>Independiente</i>	14	23,70%
<i>Otro</i>	3	5,10%
EDAD AL MOMENTO DE REALIZAR EL ESTUDIO		
<i>16 a 26</i>	13	22,10%
<i>27 a 37</i>	16	27,20%
<i>38 a 48</i>	16	27,20%
<i>49 a 59</i>	8	13,30%
<i>60 a 69</i>	6	10,20%

De esta manera la muestra se redujo a un total de 59 pacientes, a los que se les realizo revisión de historia clínica en archivo del Hospital (HUHMP). A la mayoría (32 pacientes) se logró completar la información; pero hubo necesidad de realizar llamadas a las viviendas de los 18 pacientes restantes, debido a que no se contaba con los datos requeridos para la investigación esto surgió porque al momento de diligenciar la encuesta el paciente estaba sedado, muy agresivo, la historia clínica de ingreso no era completa o clara o a pesar de realizar varias visitas al paciente (en promedio 3) este no suministro información.

De los 59 pacientes incluidos en nuestro estudio el 59.30% (n=35) fueron mujeres. Más del 54% de los pacientes se encontraron al momento del estudio entre los 27 y los 48 años de edad, el promedio de edad de los pacientes al momento del estudio fue de 38.9 años. Del total de los pacientes solo 4 (6.84%) eran profesionales y 2 (3.4%) tienen estudios universitarios incompletos a llegar a la cursaban estudios universitarios, La ocupación mas frecuente entre las personas del estudio fueron las labores domesticas con un 35.6% (n= 21). (Ver tabla N° 1)

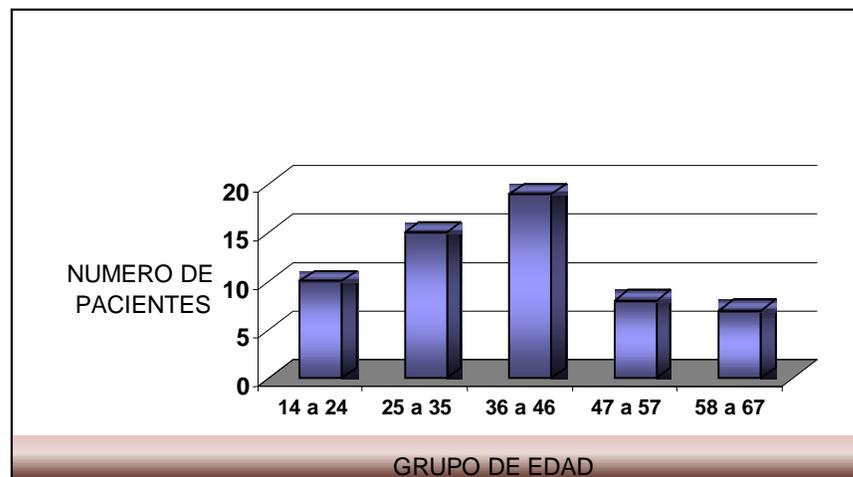
Grafico N° 1: Características del estado civil entre los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP con diagnostico de TAB entre Nov. 2005 y marzo de 2006



Al reunir los datos obtenidos en la variable estado civil, teniendo en cuenta el tipo de unión familiar, se forman tres grupos, los que tienen algún tipo de unión familiar (42%), separado y solteros (48%) y 10% representan los viudos tal como se muestra en la grafica N° 1.

La edad de inicio de la enfermedad en los 59 pacientes incluidos en el estudio se agrupo por rango de edades obteniéndose que la mayoría de los pacientes se encontraban entre los 36 a 46 años, correspondiendo a un 32.2% de toda la población, el promedio de edad de inicio del Trastorno afectivo Bipolares fue de 32.1 años de edad, una edad mínima de 14 años y máxima de 65 años, la moda fue de 19 años.

Grafico N° 2. Edad de Inicio de TAB entre los pacientes hospitalizados en la unidad mental entre marzo de 2005 y nov. 2006



Los datos obtenidos sobre la procedencia de los pacientes y sus padres no mostró gran diferencia entre ellos, y se observa en la tabla N° 2, que los padres de estos pacientes provenían en su mayoría de la zona norte departamento del Huila 34.7% ; en especial de la ciudad de Neiva y en un segundo lugar de la Zona Sur, en especial de los municipio de Timana y Pitalito. De la zona Occidente solo se presentó un caso proveniente del municipio de la Plata y Garzón de la Zona centro fue el municipio más representativo (5/59). También se observo que los pacientes habían nacido en otras Partes de Colombia, como por ejemplo del Tolima, Caquetá, Guajira, Boyacá, entre otras, esta población fue un 23.5% para las madres, 17% para los padres y 10.2% para los pacientes, es decir el 76.2 % de las madres, un 83% de los padres y un 89.8% de los pacientes provenían del Huila.

Tabla N° 2 Características de la distribución del origen de los pacientes y su grupo familiar por zonas del Departamento del Huila.

LUGAR DE ORIGEN	n(118)	%
PADRES		
CENTRO	19	16,1
NORTE	41	34,7
OCCIDENTE	1	0,8
OTRO DEPARTAMENTO	26	22,03
SUR	31	26,27
PACIENTE		
	n=(59)	%
CENTRO	8	13,6%
NORTE	26	44,1%
OCCIDENTE	1	1,7%
OTRO DEPARTAMENTO	6	10,2%
SUR	18	30,5%

Tabla No 3. Características clínicas en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD MENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	33	55.90%
SI	26	44.10%
TOTAL	59	100.00%
ANTECEDENTE FAMILIAR POSITIVO		
NUCLEO FAMILIAR PRIMARIA	No PACIENTES QUE PRESENTAN	PORCENTAJE
MAMA	2	7.70%
PAPA	6	23.10%
HIJO	0	0%
HERMANO	10	38.50%
NUCLEO FAMILIAR SECUNDARIO		
TIOS	9	34.60%
SOBRINOS	2	7.70%
PRIMOS	8	30.80%
ABUELOS	1	3.80%
OTROS	0	0%
FUNCION TIROIDEA		
ALTERACIÓN PREVIA FUNCIÓN TIROIDEA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPOTIROIDISMO	1	1.70%
NO	58	98.30%
TOTAL	59	100.00%
ALTERACION ACTUAL DE LA FUNCIÓN TIROIDEA		
EUTIROIDEO (A)	58	98.30%
HIPOTIROIDEO (A)	1	1.70%
TOTAL	59	100.00%
FASES DEL TAB DEL PRIMER EPISODIO Y ACTUAL		
FASE DEL TAB DEL PRIMER EPISODIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION	2	3.40%
DEPRESION CON PSICOSIS	3	5.10%
HIPOMANIA	2	3.40%
MANIA	29	49.20%
MANIA CON PSICOSIS	23	39.00%

TOTAL	59	100.00%
FASES DEL TAB DEL PRIMER EPISODIO GENERO FEMENINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION	2	5.70%
DEPRESION CON PSICOSIS	2	5.70%
HIPOMANIA	2	5.70%
MANIA	17	48.60%
MANIA CON PSICOSIS	12	34.30%
TOTAL	35	100.00%
FASES DEL TAB DEL PRIMER EPISODIO GENERO MASCULINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION	0	0.00%
DEPRESION CON PSICOSIS	1	4.20%
HIPOMANIA	0	0.00%
MANIA	12	50.00%
MANIA CON PSICOSIS	11	45.80%
TOTAL	24	100.00%
FASE DEL TAB EN EL EPISODIO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION	3	5.10%
DEPRESION CON PSICOSIS	1	1.70%
HIPOMANIA	2	3.40%
MANIA	27	45.80%
MANIA CON PSICOSIS	26	44.10%
TOTAL	59	100.00%
TIEMPO SIN SINTOMATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<=1 MES	5	10.00%
> 5 AÑOS	7	14.00%
>1 MES <3 MESES	6	12.00%
>6MESES A 1 AÑO	12	24.00%
1 A 2 AÑOS	7	14.00%
2 A 5 AÑOS	6	12.00%
3 MESES A 6 MESES	7	14.00%
TOTAL	50	100.00%

El 44% de de los pacientes que presentaban un antecedente familiar positivo del TAB; en su núcleo familiar primario la mayor frecuencia se presento en los hermanos (38.5 %) y los padres (23.2%); dentro del núcleo familiar secundario la mayor frecuencia se presento en los primos (30.8%) y los tíos (34.6%).

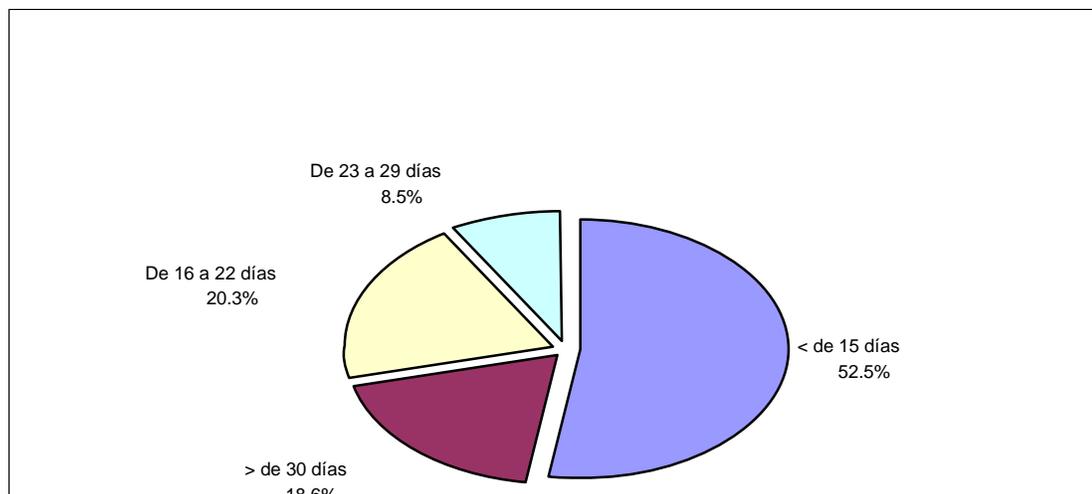
De la población estudiada solo un individuo presento alteración tiroidea previa (hipotiroidismo), y éste tenía igual alteración en el momento de entrar al estudio.

En la población estudiada, las dos fases clínicas del TAB mas frecuente en el primer episodio fue en 49.2% Manía y el 39% Manía con psicosis, en tanto las dos fases clínicas del TAB mas frecuentes del ultimo episodio fueron manía (45.8%) y manía con psicosis (44.1%), discriminando por el genero del paciente se encuentra entre las mujeres que la fase clínica del primer episodio de la enfermedad mas frecuente es Manía (48.6%), seguida de manía con psicosis (34.3%), y para hombres la fase clínica mas frecuente del primer episodio de la enfermedad fue Manía (50.0%), seguida de manía con psicosis (45.8%), el periodo asintomático de mayor prevalencia fue el denominado "mayor de 6 meses a 1 año", y el 46% de los población estudiada corresponden a periodos asintomático inferiores a un año.

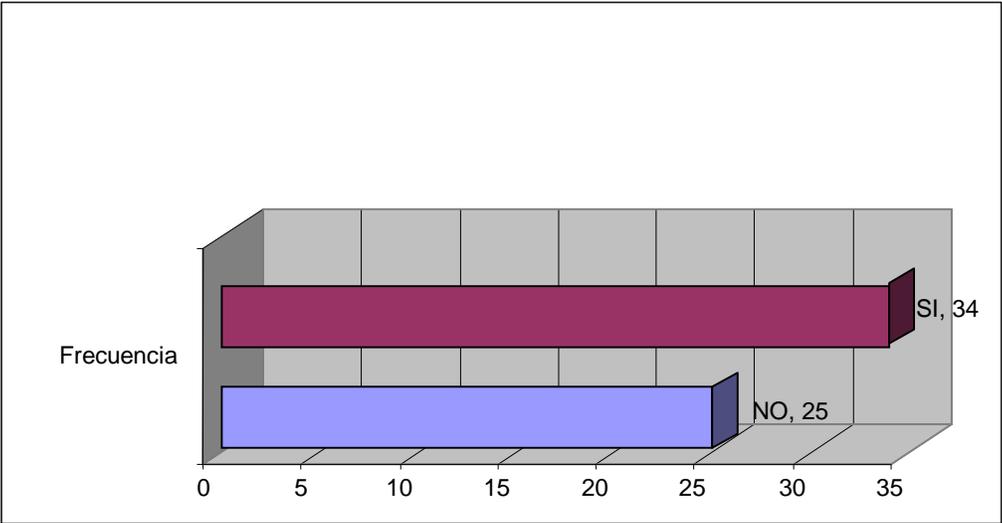
Con respecto al tiempo de hospitalización en el cual remitió el cuadro clínico el intervalo de mayor frecuencia fue el menor a 15 días (52.5%).(Ver grafico N° 3)

Del total de los pacientes de estudio 34 han consumido litio alguna vez durante el tiempo que llevan con el TAB y de estos 3 (9%) lo han consumido en forma continua, el resto lo ha hecho de manera intermitente (91%). (Ver grafico N° 4 y 5)

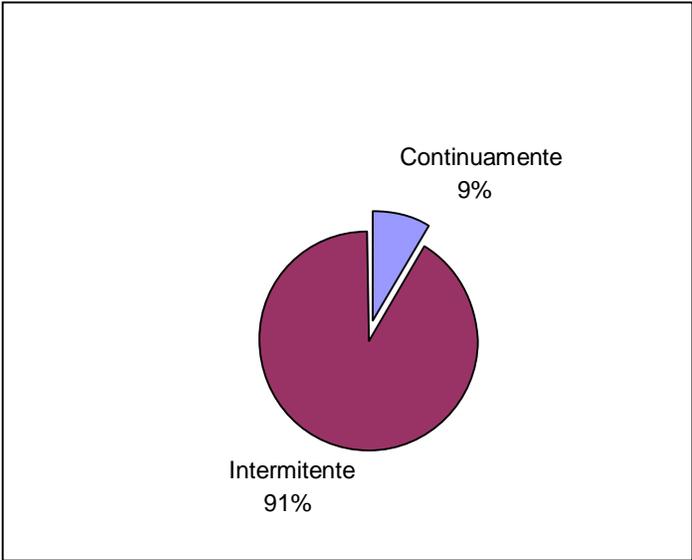
Grafica No 3. Tiempo de hospitalización en el cual remitió en cuadro clínico los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006.



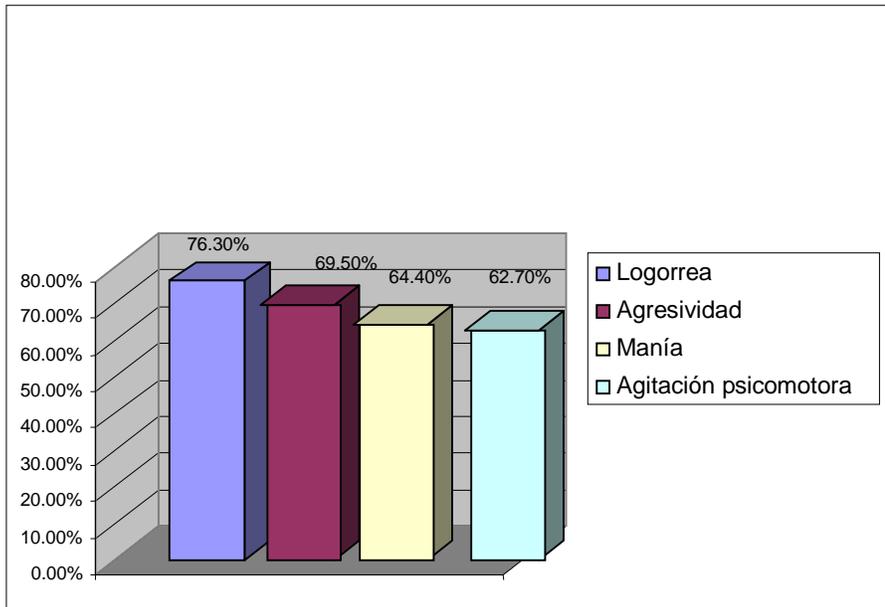
Grafica No 4. Consumo de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006



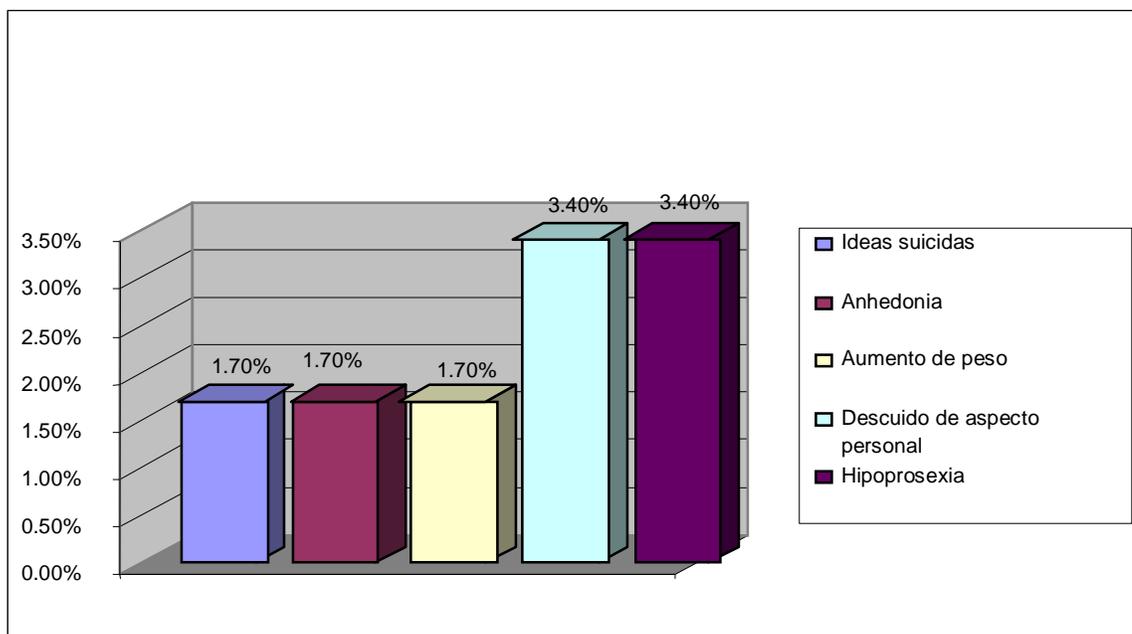
Grafica No 5. Forma de consumo de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006



Grafica No 6. Signos y síntomas más frecuentes en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006

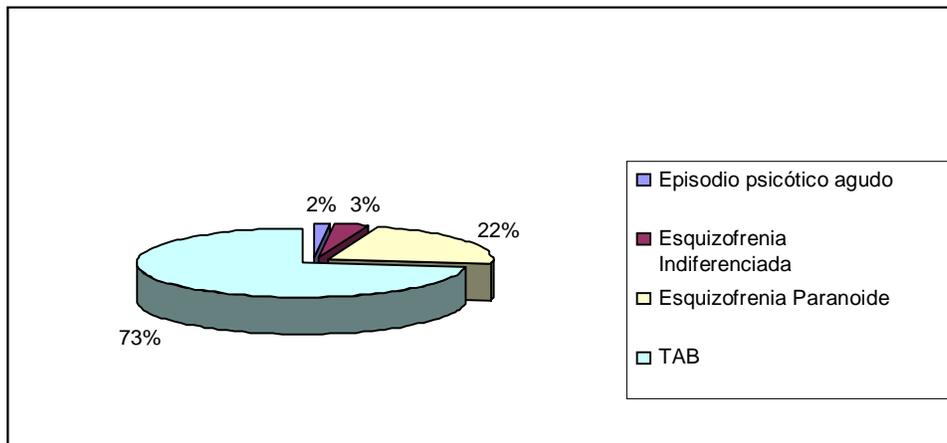


Grafica No 7. Signos y síntomas menos frecuentes en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006



Entre los signos y síntomas hallados en la población estudio los mas frecuentes son: Logorrea (76.3%), agresividad (69.5%), manía (64.4%), y agitación psicomotora (62.7%) y los menos frecuentes son ideas suicidas (1.7%), anhedonia (1.7%), aumento de peso, descuido de su aspecto personal (3.4%), e hipoprosexia (3.4%)

Grafica No 8. Diagnostico del primer episodio psiquiátrico de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006



De los pacientes estudiados el 73% fue diagnosticado desde el inicio del TAB correctamente, el 22% fue diagnostico inicialmente como Esquizofrenia paranoide, el 3% como Esquizofrenia Indiferenciada y el 2% como episodio psicótico agudo.

6. DISCUSION

Este estudio, utiliza fuentes primarias como secundarias de información, como historias clínicas de los pacientes, esto puede llevar a que en las variables estudiadas se presenten sesgos o no se encuentren datos, ya que las historias fueron diligenciadas por diferentes personas con juicios críticos diferentes, con distintas prioridades y conceptos de lo que es normal y por lo tanto merece ser anotado. A pesar de estas posibles fuentes de error, una evaluación de este tipo refleja la forma real en la que se trabaja en la unidad mental del HUHMP.

Del total de la población de nuestro estudio (n=62) se excluyeron 2 por variación del diagnóstico, este evento no es ajeno a otros estudios realizados con respecto a enfermedades psiquiátricas. Según *Sánchez R, Jaramillo* en su Artículo Estabilidad del diagnóstico psiquiátrico en pacientes de consulta externa, afirma que el trastorno con mayor variación con respecto a la frecuencia con que fue registrado al ingreso y al alta fue el TAB (9)

Con respecto a la descripción de las características epidemiológicas, de los 59 pacientes que se estudiaron, 35 fueron mujeres y 24 hombres. Esto no se aproxima a lo descrito en la literatura donde se reporta que la prevalencia se da en igual porcentaje en ambos géneros. (5) Sin embargo no se puede tomar como un dato concluyente debido al tamaño de la muestra.

La mayoría de los pacientes afectados con TAB, son pacientes que cursan con una considerable morbilidad psicosocial, es decir que con frecuencia esta enfermedad afecta su trabajo y sus relaciones personales (4). La mayoría de los pacientes de nuestro estudio se dedican a labores domésticas (21/59) es decir un 35.6%, Solo 4 de ellos tiene vinculación con alguna empresa del estado que igualmente corresponden a los 4 pacientes que tienen un título profesional. Esto se relaciona de manera directa con la oportunidad que tienen ellos de aspirar o lograr obtener un mejor trabajo por ejemplo, de los 59 pacientes un 15.30% de ellos (9 pacientes) no tienen ningún grado de escolaridad y la mayoría tienen un bachillerato incompleto n=14 (23.70%), lo cual hoy en día es una gran limitación para mejorar la calidad de vida.

Cuando se analiza los diferentes tipos de estado civil, no se puede concluir una posible asociación entre el TAB y alteraciones de las relaciones de pareja porque los resultados no son significativos estadísticamente debido al tamaño de la muestra, sin embargo se observa que el grupo llamado cualquier tipo de unión familiar corresponde a un 42% (n=25), según *Szuts Stewart*, el TAB influye de manera directa en el matrimonio, los hijos y en general el grupo familiar de ahí la importancia de prestarle al paciente una atención integral involucrando a su familia.

En cuanto a la edad de inicio de la enfermedad, según describe *Lafer B.* el comienzo promedio de la enfermedad es alrededor de los 30 años, entre los pacientes de nuestro estudio el promedio de edad de inicio fue de 32.1 años y el rango de edad mas frecuente fue de 36 a 46 años. La literatura reporta que antes de los 16 años no es frecuente la presentación de la enfermedad sin embargo la edad más temprana en nuestro estudio fue de 14 años que correspondió a un paciente y la máxima edad fue de 67 años.(5)

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, es punto de referencia del todo el sur de Colombia y la mayoría de los pacientes que son hospitalizados en la unidad mental con TAB provienen del departamento del Huila en un 89.8% (53/59), de estos un 34% (25/59) de la zona Norte, y un 32.2% (19/59) de la zona Sur. De los pacientes provenientes de la zona Norte un 27.2% (16/59) son de Neiva, y en un segundo lugar se encuentra Campoalegre (3/59) es decir un 5.1% Así mismo en la Zona Sur un 22.1% (13/59) son de Pitalito y un 3.4% (2/59) son de Timana.

En las características clínicas encontramos que el 44% de la población tenían un antecedente de TAB, y que de estos en su núcleo familiar primario la mayor frecuencia se presento en los hermanos (38.5 %) y los padres (23.2%); y del núcleo familiar secundario la mayor frecuencia se presento en los primos (30.8%) y los tíos (34.6%), esto nos orienta sobre el componente genético que la entidad presenta; *Rege y cols* dice que los familiares de primer grado de pacientes con un trastorno bipolar presentan unas tasas de alteraciones del estado de animo significativamente superiores a las de los familiares de poblaciones de control con enfermedades no psiquiátricas. Sin embargo no se conoce aun el modo de transmisión hereditaria y tampoco esta clara la magnitud de papel que desempeña los factores de estrés ambientales, en especial al inicio del curso de la enfermedad. De la población estudiada solo un individuo presento alteración tiroidea previa (hipotiroidismo), y éste tenia igual alteración en el momento de entrar al estudio.

Las dos fases clínicas del TAB más frecuente en el primer episodio fue Manía en el 49.2% y Manía con psicosis en el 39%, en tanto las dos fases clínicas del TAB mas frecuentes del ultimo episodio fue manía (45.8%) y manía con psicosis (44.1%), discriminando por el genero del paciente se encuentra que entre las mujeres la fase clínica mas frecuente del primer episodio de la enfermedad es Manía (48.6%), seguida de manía con psicosis (34.3%), y para hombres fue Manía (50.0%), seguida de manía con psicosis (45.8%), lo que se correlaciona parcialmente con la literatura según *Elkin* donde se dice que el primer episodio mas frecuente en mujeres es depresión y en hombres es manía, posiblemente debido a que los episodios depresivos en las mujeres no son cuadros tan floridos para que el familiar del paciente lo identifique como patológico para acudir a la centro medico, además hay que tener en cuenta que los criterios para hospitalización son: cuando exista riesgo para la comunidad, o riesgo para el mismo paciente, existiendo episodios depresivos que no requieren hospitalización. El (24%) presentaron un periodo asintomático entre los 6 meses y 1 año, y casi la mitad (46%) de los población estudiada corresponden a periodos

asintomático inferiores a un año lo que se correlaciona con *Elkin* donde nos dice que el periodo asintomático mas frecuente es de 6 a 9 meses, con respecto al tiempo de hospitalización en el cual remitió el cuadro clínico el intervalo de mayor frecuencia fue el menor a 15 días (52.5%). De todos los pacientes 34 han consumido litio alguna vez durante el tiempo que llevan con el TAB y de estos 3 (9%) lo han consumido en forma continua, el resto lo ha hecho de manera intermitente (91%).

No se puede describir una posible asociación entre el consumo continuo de carbonato de litio y alteración de la función tiroidea, debido a que el único paciente que presenta alteración tiroidea, se caracterizo por que empezó su consumo desde hace un año y de manera intermitente, y el diagnostico de hipotiroidismo fue hecho hace mas de 10 años, además de los 59 pacientes solo 3 son consumidores continuos de carbonato de litio por lo tanto se necesita una muestra poblacional mucha mas grande para así poder inferir los resultados del estudio a toda la población.

Entre los signos y síntomas hallados en la población estudio los mas frecuentes son: Logorrea (76.3%), agresividad (69.5%), manía (64.4%), y agitación psicomotora (62.7%) y los menos frecuentes son ideas suicidas (1.7%), anhedonia (1.7%), aumento de peso, descuido de su aspecto personal (3.4%), e hipoprosexia (3.4%) esto ayudara a los profesionales de la salud, en especial a los ubicados en la Zona norte y Sur del departamento, los cuales son los encargados de recibir al paciente en primera instancia para hacer un buen enfoque diagnostico y remitir oportunamente al correspondiente nivel de atención.

De los pacientes estudiados el 73% fue diagnosticado correctamente desde el inicio del TAB, el 22% fue diagnostico inicialmente como Esquizofrenia paranoide, el 3% como Esquizofrenia Indiferenciada y el 2% como episodio psicótico agudo; esto nos indica que efectivamente la esquizofrenia es una entidad fácilmente confundible con el TAB y mucho más si ese primer episodio tiene componentes psicóticos durante la fase maniaca según *Elkin*, es importante resaltar que a pesar del difícil diagnostico, por la similitud clínica de las 2 entidades los especialistas de la unidad han hecho un diagnostico certero en el 73% de los casos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de las personas hospitalizadas fueron mujeres, de edad adulta media entre 27 y 48 años, que provenían de la zona norte del departamento del Huila, en especial de los municipio de Neiva, 27.2% (16/59) y Campoalegre (3/59) es decir un 5.1%. Así mismo en la Zona Sur un 22.1% (13/59) son de Pitalito y un 3.4% (2/59) son de Timana. Un buen manejo de este dato facilitaría su inclusión en programas de terapeutica indicados durante la hospitalización, con seguimiento ambulatorio, que incluyan terapia cognitivo-conductual y psicoeducacion, ya que este abordaje podría disminuir el número y duración de los ingresos por dicho trastorno. Se necesitan estudios para evaluar, en nuestro medio, el impacto que tendría este tipo de programas.

Se requiere un seguimiento de mayor impacto en todos los pacientes con diagnostico de TAB por parte de los especialistas para poder reducir el numero de recaídas de los pacientes, por que en este estudio se presento un total de 3 recaídas equivalente al 5.1% todas ellas como resultado de una deficiente adhesión al régimen terapéutico.

Por ultimo sugerimos que ha pesar de la exactitud diagnostica y la buena respuesta terapéutica en los pacientes, se debe estandarizar un protocolo del TAB propio de la unidad mental del HUHMP donde se especifique siempre su fase clínica cuando sea diagnosticada, para la facilidad del manejo de la entidad por parte de los profesionales de la salud y para que futuros estudios relacionados con el tema puedan tener mayor validez científica.

BIBLIOGRAFIA

Referenciada:

- (1). ORTIZ PEREZ, Lina y Mauricio de la Espriella. Hormonas tiroideas y trastorno afectivos. Revista colombiana de psiquiatría Vol. XXXIII/ No1/2004
- (2). LILIANA Rodanovic y otros. Depresión en pacientes con alteración del tiroides: En: The European Journal of Psychiatry. Croacia. Vol 17, N°3 (jul-sep 2003). P 123- 131.
- (3). ELKIN, G. David. Psiquiatría Clínica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 1999. Pag. 86- 98.
- (4).REGE, Szuts Stewart, MD y Cols. Psychiatric Self-Assesment & Review. Autoevaluación y actualización psiquiatría. Trastornos del estado de ánimo. Tercera edición. Vol.7, 2001.
- (5).LAFER B, Soares JC, Sánchez M, Del porto JA. Suplemento Transtorno Bipolar. Revista Brasileira de Psiquiatria 2004; 26:1-56
- (6).GANONG, William. Fisiología medica.17° ed. México: Editorial El Manual Moderno, 2000.17p
- (7).ISAZA, Carlos y Col. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. 4°Ed. Pereira: Postergraph, 2002. 30p
- (8).ROBBINS, Manual de Patología Estructural y Funcional.6° ed. México: Mac Graw Hill, 2000. 6p
- (9)Sanchez R, Jaramillo LE, Quintero C. Estabilidad del diagnostico psiquiátrico en pacientes de consulta externa. Revista Colombiana de Psiquiatría 2002; 31(2): 101-22

Consultada:

- ELKIN, G. David. Psiquiatría Clínica. Editorial Mc Graw Hill interamericana. México 1999. Pag. 86- 98.
- GANONG, William. Fisiología medica.17° ed. México: Editorial El Manual Moderno, 2000.17p

ISAZA, Carlos y Col. Fundamentos de Farmacología en Terapéutica. 4ªEd. Pereira: Postergraph, 2002. 30p

LAFER B, Soares JC, Sánchez M, Del porto JA. Suplemento Transtorno Bipolar. Revista Brasileira de Psiquiatria 2004; 26:1-56

LILIANA Rodanovic y otros. Depresión en pacientes con alteración del tiroides: En: The European Journal of Psychiatry. Croacia. Vol 17, N°3 (jul-sep 2003). P 123- 131.

ORTIZ PEREZ, Lina y Mauricio de la Espriella. Hormonas tiroideas y trastorno afectivos. Revista colombiana de psiquiatría Vol. XXXIII/ No1/2004

REGE, Szuts Stewart, MD y Cols. Psychiatric Self-Assesment & Review. Autoevaluación y actualización psiquiatría. Trastornos del estado de ánimo. Tercera edición. Vol.7, 2001.

ROBBINS, Manual de Patología Estructural y Funcional.6ª ed. México: Mac Graw Hill, 2000. 6p

SANCHEZ R, Jaramillo LE, Quintero C. Estabilidad del diagnostico psiquiátrico en pacientes de consulta externa. Revista Colombiana de Psiquiatria 2002; 31(2): 101-22

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA														
TIEMPO ACTIVIDADES	2005									2006				
	ENERO- JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE(semanas)				OCT.	NOV.	DIC.	ENERO		FEBRERO	MARZO	ABRIL
			1	2	3	4				3	4			
ANTERPROYECTO	X													
REVISIÓN BIBLIOGRAFÍA	X													
FORMULACIÓN MARCO TEÓRICO	X													
DISEÑO DE FORMULARIO		X	X	X										
PRUEBA PILOTO					X									
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE PRUEBA PILOTO						X								
CORRECCIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CUESTIONARIO							X							
RECOLECCIÓN DE DATOS								X	X	X	X	X	X	
TABULACION Y CODIFICACIÓN														X
ANÁLISIS E RESULTADOS														X
ELABORACIÓN DEL INFORME														
ENTREGA Y SUSTENTACIÓN														

Anexo 2. Presupuesto

<i>PRESUPUESTO</i>			
DESCRIPCION	TOTAL GASTO	APORTE HOSPITAL	APORTE EQUIPO INVESTIGADOR
TALENTO HUMANO			
Grupo investigador			
Especialista tutor	1,000,000		1,000,000
MATERIAL BIBLIOGRAFICO			
Internet, revistas, Libros	100000		100000
PARACLINICOS			
Hormonas tiroideas	1,000,000	1000000	
EQUIPOS			
Computador			
Impresora	200000		200000
<			
PAPELERIA			
fotocopias, impresión,			
CDs, carpetas			
anillado, lapiceros	350000		350000
TRANSPORTE			
gasolina-motos	150000		150000
TOTAL	2800000	1000000	1800000

Anexo 3. Características clínicas en los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006

SIGNOS Y SINTOMAS EN EL TAB		
SINTOMAS Y SIGNOS PREDOMINANTES DEL TAB	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Logorrea	45	76.30%
Agresividad	41	69.50%
Manía	38	64.40%
Agitación psicomotora	37	62.70%
<u>SIGNOS Y SINTOMAS MENOS FRECUENTES</u>	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ideas suicidas	1	1.70%
Anhedonia	1	1.70%
Aumento de peso	1	1.70%
Descuido de aspecto personal	2	3.40%
TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL CUAL REMITIO EL CUADRO CLINICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< de 15 días	31	52.50%
> de 30 días	11	18.60%
De 16 a 22 días	12	20.30%
De 23 a 29 días	5	8.50%

Anexo 4. Consumo y forma de carbonato de litio de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006

RELACION CARBONATO LITIO		
CONSUMO DE CARBONATO DE LITIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	25	42.40%
SI	34	57.60%
Total	59	100.00%
FORMA DE CONSUMO		
FORMA DE CONSUMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Continuamente	3	8.80%
Intermitente	31	91.20%
Total	34	100.00%

Anexo 5. Diagnostico del primer episodio psiquiátrico de los pacientes hospitalizados en la unidad mental del HUHMP de noviembre 2005 a marzo de 2006

DIAGNOSTICO DEL PRIMER EPISODIO PSIQUIATRICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD MENTAL DEL HUHMP CON DIAGNOSTICO DE TAB		
PRIMER EPISODIO PSIQUIATRICO	1	1.70%
Esquizofrenia indiferenciada	2	3.40%
Esquizofrenia Paranoide	13	22.00%
TAB	43	72.90%
Total	59	100.00%

Anexo 6. Instrumento de Recolección de Datos

DATOS DE IDENTIFICACION
Historia clínica Fecha de Ingreso Fecha de Egreso

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS
Edad Género

Origen Familiar
Padre ZONA PADRE Madre ZONAMADRE

Procedencia del paciente ZONPROCEDENCIA Lugar de nacimiento del Paciente ZONNACIMIENTO

Estado civil Ocupación Escolaridad Edad de inicio

CARACTERISTICAS CLINICAS

Función Tiroidea Actual

alteración previa de función tiroidea Cual?

Antecedentes Familiares

Presencia de enfermedad mental

Núcleo familiar primario Hermanos Hijos Núcleo Familiar secundario Tíos Sobrinos
 Mama Papa Primos Abuelos
 Otros

TRATAMIENTO

Carbonato de Litio Consume Litio Última Litemia

Meses de consumo de carbonato de Litio Tiempo sin sintomatología

Tiempo de hospitalización actual Hospitalizaciones previas

SIGNOS Y SINTOMAS

Alteracion del estado de ánimo

Manía Depresión

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anhedonia | <input type="checkbox"/> Bradipsiquia | <input type="checkbox"/> Fuga de ideas | <input type="checkbox"/> Ideas delirantes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Agitación psicomotora | <input type="checkbox"/> Culpa excesiva e inapropiada | <input type="checkbox"/> Hiperprosexia | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Agresividad | <input type="checkbox"/> Descuido de aspecto personal | <input type="checkbox"/> Hipoprosexia | <input type="checkbox"/> Ideas de grandiosidad |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas | <input type="checkbox"/> deambulacion | <input type="checkbox"/> Hiporexia | <input checked="" type="checkbox"/> Logorrea |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales | <input type="checkbox"/> desinhibicion | <input type="checkbox"/> irritabilidad | <input type="checkbox"/> Llanto descontrolado |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Exceso actividades placenteras | <input type="checkbox"/> Ideas suicidas | <input type="checkbox"/> Retardo psicomotor |
| | | | <input type="checkbox"/> Taquipsiquia |

1-CONCLUHOSPI

Primer Diagnostico Psiquiatrico:

2-Conclu1er Episodio diagnosticado como TAB

TIEMPO DESDE SU PRIMER EPISODIO PSIQUIATRICO
HASTA QUE SE DIAGNOSTICO Y SE MANEJO
DEFINITIVAMENTE COMO TAB

REINGRESO

3-CONCLUSION DE LA FASE

TIEMPO DE HOSPITALIZACION