

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2016/17



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

POLIMEDICACIÓN EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Autor/a: Carolina Carrión Calleja

Tutor/a: Verónica Velasco González

RESUMEN

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental grave y crónica, caracterizada por episodios de manía y depresión. Se encuentra recogido por el CIE-10 y la DSM-IV TR, esta última distingue los diferentes tipos de Trastorno Bipolar que se dan actualmente.

A día de hoy, no se ha establecido una cura para el Trastorno Bipolar, por lo que el tratamiento de elección para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas es meramente farmacológico.

Se ha llevado a cabo una revisión de datos recogidos en el Estudio Ícaro, con la finalidad de analizar el tratamiento farmacológico durante los seis meses de seguimiento de una cohorte de 46 pacientes.

Los resultados del estudio determinan que el tratamiento de elección en los pacientes con esta enfermedad son los antipsicóticos atípicos y que el más consumido es la quetiapina (n= 18; 39,2%). Se ha observado que los pacientes toman varios fármacos a la vez que bien pueden ser coadyuvantes en el tratamiento de la enfermedad (benzodiazepinas y antiepilépticos) o por la presencia de otras enfermedades (antihipertensivos y antidiabéticos).

Por otro lado, también se analiza en este estudio los subtipos de Trastorno Bipolar más comunes dentro de la muestra. Se ha podido ver que los hombres presentan subtipos tales como el F31.2 (Trastorno Bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos) (n=5; 35,7%), y el F31 (Trastorno Bipolar) con (n=4; 28,6%). Mientras que las mujeres presentan subtipos de tipo depresivo como F33 (Trastorno Depresivo Recurrente) (n=9; 28,1%).

En conclusión, se demuestra que son pacientes polimedicados y por lo tanto, es necesario que la enfermería realice una buena educación para la salud para fomentar la adherencia terapéutica y ayudarles en el trascurso de su enfermedad.

Palabras clave: trastorno bipolar, antipsicóticos atípicos, polimedicación, proyecto de investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	II
ÍNDICE DE FIGURAS	II
ABREVIATURAS	III
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 TRASTORNO BIPOLAR	4
1.2 MEDICAMENTOS USADOS EN EL TRASTORNO BIPOLAR.....	7
1.3 PROYECTO ÍCARO.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES.....	23
8. BIBLIOGRAFÍA	24

ÍNDICE DE TABLAS

• Tabla 1: Síntomas del Trastorno Bipolar.....	7
• Tabla 2: Distribución por edad y sexo de la muestra	14
• Tabla 3: Prevalencia de los subtipos F30 al F39 en los pacientes de la muestra divido por sexos.....	15
• Tabla 4: Uso de antiepilépticos en función del sexo	17
• Tabla 5: Consumo de antihipertensivos por sexo.....	17
• Tabla 6: Distribución de los antipsicóticos de la muestra	18
• Tabla 7: Uso de antipsicóticos en los pacientes de la muestra	19

ÍNDICE DE FIGURAS

• Figura 1: Uso de benzodiazepinas en función del sexo	16
• Figura 2: Frecuencia y porcentaje de los antipsicóticos de la muestra	18

LISTA DE ABREVIATURAS

AEMPS: Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

TB: Trastorno Bipolar

1. INTRODUCCION

1.1 TRASTORNO BIPOLAR

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental grave y altamente incapacitante, caracterizada por la alternancia o concurrencia de síntomas maniacos y síntomas depresivos. Su reconocimiento como entidad clínica llevó a su inclusión en las principales clasificaciones de enfermedades utilizadas actualmente: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ⁽¹⁾ y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) ⁽²⁾. Ambas clasificaciones difieren en algunos aspectos, como el número de episodios requeridos para realizar el diagnóstico y la distinción entre trastorno bipolar tipo I y tipo II, que únicamente está contemplada en el DSM-IV-TR ^(3,4,5).

En la Antigüedad antes del 1800 manía y melancolía, no significaban cosas contrarias, sino que sus definiciones se basaban en el análisis del comportamiento ⁽⁵⁾.

En la época clásica la palabra manía se usaba como sinónimo de “locura” ⁽⁴⁾. Pinnel clasifica la manía como uno de los géneros de las *vesanies* (locuras) definiéndola como: “un trastorno de una o más facultades del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o furiosas” ⁽⁷⁾. A inicios del siglo XX, la manía se definía como una “psicosis funcional” ⁽⁸⁾.

Por otro lado se hablaba de la melancolía que fue descrita por numerosos autores como un cajón desastre cuyo denominador común era la presencia de un número escaso de delirios ⁽⁹⁾.

En 1860 aparece la palabra “depresión” en diccionarios médicos cuya definición hacía mención al “abatimiento anímico de las personas que sufren una enfermedad”. Posteriormente se define la depresión como “el estado opuesto a la excitación” (9,10).

En la octava edición de su Tratado, Kraepelin creó una amplia categoría (la locura maniaco depresiva), que contenía todas las formas de depresión (incluida la melancolía involutiva) y de la manía.

Tipos de Trastornos Bipolares:

El Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica.

Según la DSM-IV se clasifican en:

- Tipo I: se caracteriza por episodios maniacos que pueden ser muy severos requiriendo atención hospitalaria inmediata. La manía tiende a durar al menos siete días. También puede ser mixto, por lo que va unido con episodios de depresión, con una duración de unas dos semanas.

Manía + Depresión

- Tipo II: se caracteriza por la presencia de episodios depresivos con episodios de hipomanía.
- Tipo III: a este grupo pertenecen aquellos pacientes que se les desencadena el episodio de manía por la toma de antidepresivos.
- Tipo IV o ciclotímico: se define con episodios de hipomanía junto con episodios de depresión leve (3, 11).
- Tipo V: estos pacientes presentan episodios de depresión. Lo que les caracteriza es que en su familia hay pacientes con bipolaridad.
- Tipo VI: trastorno unipolar, en este caso sólo hay episodios de manía (11).

Causas: ⁽⁵⁾

- Biológica o bioquímica: se ven afectados una serie de neurotransmisores, tales como la dopamina, serotonina y la norepinefrina.
- Genética: se dice que aquellos individuos que tienen parientes consanguíneos en primer grado con la enfermedad, tienen más posibilidades de padecerla ^(12,13).
- Medicamentos: hay una serie de medicamentos que pueden propiciar la aparición de la enfermedad.
- Medio ambiente: una situación estresante puede propiciar la aparición de la enfermedad (cambios geográficos, embarazo, pérdida de un ser querido...). ⁽¹³⁾. Las personas más vulnerables a desencadenar este trastorno por una situación de estrés son; adolescentes, adultos mayores y mujeres embarazadas.

Epidemiología

El Trastorno Bipolar representa una de las principales causas de patología psiquiátrica y está entre las principales causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad entre los 15 y los 45 años. La prevalencia del TB1 es de entre 0,1-0,4%, mientras que del TB2 está entre 0,2 y 2%.

Además de tener una elevada morbilidad, los pacientes con trastorno bipolar tienen una mortalidad más alta que la población general. Esto se produce tanto por todas las causas anteriormente descritas como por el suicidio ^(1,2).

Síntomas

Tabla 1: Síntomas del Trastorno Bipolar ^(2,3,4)

Manía	Depresión
Estado de ánimo eufórico	Humor deprimido
Irritabilidad	Pérdida de interés
Disminución de la necesidad de dormir	Hiporexia/hiperfagia
Verborrea	Hipersomnias que en ocasiones se ve contrapuesta con la dificultad para conciliar el sueño
Aceleración del pensamiento	Enlentecimiento psicomotor
Incremento de la actividad (sexual, agresiva o motora)	Anergia
Ideas de grandeza	Sentimientos de inutilidad o culpa
	Problemas para la concentración
	Pensamientos de muerte, asociados con idea suicida

1.2 MEDICAMENTOS USADOS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Actualmente no hay cura para el TB, pero existen tratamientos que disminuyen la morbilidad y mortalidad asociadas, por lo que el tratamiento para el TB se basa fundamentalmente en el tratamiento farmacológico ^(2,3).

Litio

El uso de las sales de litio fue descubierto por un psiquiatra australiano John Cade en 1949. El litio es una sustancia que las personas tienen en el organismo de forma natural y se usa como medicamento para tratar la manía y la depresión. Es antagonista del sodio, por lo que hay que vigilar la posible deshidratación en el individuo ^(3,13,14). Se utiliza como estabilizador del ánimo.

Entre los efectos secundarios destacan: náuseas, vómitos, agitación, polidipsia, debilidad muscular, ritmo cardíaco irregular y alucinaciones entre otros.

Anticonvulsivos

Son fármacos diseñados para combatir las convulsiones y ataques epilépticos, pero tras haber demostrado su eficacia, también se usan como estabilizadores del ánimo, aunque se consideran de segunda línea.

Entre los más usados se encuentran la gabapentina y el ácido valproico, que se pueden usar solos o en asociación al litio. Se ha demostrado que el ácido valproico tiene una eficacia similar al litio en el tratamiento de la manía aguda, considerándolo como fármaco de mantenimiento en el TB ^(14,15,16).

Antipsicóticos atípicos

Se usan como alternativa a los antipsicóticos típicos debido a los efectos secundarios de estos y se usan para controlar de forma rápida los ataques agudos de manía y episodios mixtos ⁽¹⁴⁾.

Antidepresivos

Se usan en la fase depresiva. El uso de estos conlleva un alto riesgo ya que tienden a potenciar las manías, por lo que se recomienda no tomarlos solos, sino en asociación con otros estabilizadores del ánimo.

1.3 ROL DE LA ENFERMERA EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

La función de enfermería en proyectos de investigación consiste en una atención integral e integrada de los pacientes. Les proporciona una educación para salud para que acojan hábitos de vida saludables, buscando siempre el bienestar y la seguridad del paciente.

- La enfermería elabora protocolos de investigación, en los que se explica en qué va a consistir el estudio.
- Reclutamiento de pacientes.
- Cribado de la muestra.

- Obtención del consentimiento informado.
- Recogida de datos.
- Supervisión de la adherencia al tratamiento y que acudan a las consultas programadas.
- Manipulación, conservación y registro de la medicación del estudio.
- Presentación del estudio bajo la supervisión del monitor encargado.

A pesar de lo que se ha avanzado en el marco de la enfermería, la imagen de la enfermera dentro de la investigación clínica sigue sin estar bien descrita, a pesar de que se ha demostrado la importancia que tiene su colaboración en proyectos de investigación.

1.4 PROYECTO ÍCARO

El estudio Ícaro, es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, que realiza el seguimiento de una cohorte de pacientes en tratamiento inicial con antipsicóticos con el objetivo de conocer la variación de peso e IMC (Índice de Masa Corporal) desde el comienzo de su terapia con antipsicóticos. Este estudio, iniciado en marzo de 2009 y actualmente en desarrollo, está coordinado por el Centro de Estudios de Seguridad de Medicamentos (CESME), ubicado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y cuenta con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, de la AEMPS y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ⁽¹⁷⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes psiquiátricos componen una esfera de personas que no reciben especial atención respecto a la gran cantidad de fármacos que pueden llegar a consumir.

En este trabajo, se pretende estudiar al paciente de forma integral, haciendo referencia a la polimedicación que sufren, ya que no solo son pacientes con una afección psiquiátrica sino que también son personas que pueden padecer otras enfermedades. Según diversos estudios el consumo de antipsicóticos puede tener como efecto adverso principal el riesgo cardiovascular y el síndrome metabólico ⁽¹⁸⁾. Esto conlleva el uso de más fármacos para tratar dichas patologías de aparición.

Por ello, se pretende realizar un estudio, en el que se analicen todos los fármacos que consumen los pacientes con Trastorno Bipolar. Para que el estudio sea significativo, se diferenciará por sexos, para poder observar así, cuáles son los más consumidos.

Es importante reseñar, si los pacientes con esta afección psiquiátrica y con consumo de varios fármacos a la vez, son capaces de llevar a cabo una adherencia terapéutica. La adherencia terapéutica según la Organización Mundial de la Salud es “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” ⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, en diversos estudios se puede observar que los pacientes consumen litio como tratamiento principal y que poco a poco van apareciendo estudios en los que los antipsicóticos podrían llegar a sustituir al litio en algún momento. En este estudio, se llevará a cabo un análisis sobre el tratamiento principal de los pacientes con Trastorno Bipolar. Lo que se pretende conocer es cuál es el antipsicótico consumido por excelencia.

Además el Trastorno Bipolar, es la enfermedad principal, pero a su vez esta se subdivide en diferentes tipos, de modo que se hará una distinción de cuáles son los más predominantes, respecto al sexo de los pacientes de la muestra.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el tratamiento farmacológico de una cohorte de pacientes con Trastorno Bipolar en Castilla y León.

Objetivos específicos

- Conocer los tipos de Trastornos Bipolares más presentes en los pacientes a estudio.
- Describir la importancia de la investigación en el campo enfermero para el desarrollo de su profesión basada en la evidencia científica.

4. METODOLOGÍA

Diseño: Estudio retrospectivo descriptivo, desarrollado a partir de los datos obtenidos por el Estudio Ícaro, mencionado anteriormente.

Muestra: La muestra está constituida por una cohorte de 46 pacientes con Trastorno Bipolar en tratamiento con diferentes medicamentos.

Criterios de inclusión:

- Describir los establecidos en el Estudio Ícaro:
 - o Tener 14 años o más.
 - o Tratamiento antipsicótico (típicos o atípicos): debe haber estado seis meses sin tomarlos, llevar dos meses como mínimo sin tomar ningún antipsicótico después de tener un tratamiento de un mes (continuo o discontinuo). Haber pasado menos de un mes desde el inicio del tratamiento actual.

Los diagnósticos de los pacientes de la muestra se encuentran comprendidos entre el F30 y el F39 y están recogidos por el CIE-10:

- F30 Episodio Maníaco.
- F31 Trastorno Bipolar.
- F31.2 Trastorno Bipolar, Episodio Actual Maníaco con Síntomas Psicóticos.
- F31.5 Trastorno Bipolar, Episodio Actual Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos.
- F32 Episodios Depresivos.
- F32.3 Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos.
- F33 Trastorno Depresivo Recurrente.
- F33.3 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave con Síntomas Psicóticos.
- F34 Trastornos del Humor (afectivos) Persistentes.
- F34.1 Distimia.
- F39 Trastorno del Humor (afectivo) sin especificación.

Criterios de exclusión: no encontrarse dentro de los criterios de inclusión.

Duración: el estudio se lleva a cabo desde noviembre del 2016 hasta mayo del 2017.

Procedimiento: para llevar a cabo este trabajo de investigación, se ha realizado una revisión de la base de datos del Estudio Ícaro. Como en la muestra de 46 pacientes no todos cumplieron el seguimiento de llegar a los 12 meses, los datos que se han analizado son aquellos en los que se ha cumplido el seguimiento de 6 meses. En dicho estudio se realiza un análisis de 228 fármacos catalogándolos por sus respectivos ATC.

Variabes: sexo, edad, tratamiento farmacológico, enfermedades asociadas y subtipos del Trastorno Bipolar F30-F39.

Análisis estadístico: se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS V. 20. Los datos se presentan en forma de frecuencias y porcentajes.

Consideraciones ético-legales: el Estudio Ícaro está aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Así mismo está registrado la European Network of Centres for Pharmacoepidemiology and Pharmacovigilance (ENCEPP).

5. RESULTADOS

La mayoría de los pacientes de la muestra son mayores de 50 años (n=30; 65,2%) por lo tanto, es una enfermedad más predominante en personas de mediana edad en adelante. Se realizó un análisis para conocer cuál era el paciente más joven y más mayor de la muestra. Se pudo observar que el paciente más joven de la muestra tenía 22 años y era mujer, y que por el contrario la persona más mayor tenía 88 años y también pertenecía al sexo femenino.

Por otro lado, la enfermedad es más común en el sexo femenino (n= 32; 69,6%). (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Distribución por edad y sexo de la muestra

Pacientes de la muestra	
	n (%)
Edad	
< 35 años	6 (13,0)
35-50 años	10 (21,7)
>50 años	30 (65,2)
Sexo	
Hombre	14 (30,4)
Mujer	32 (69,6)

Tabla 3: Prevalencia de los subtipos F30 al F39 en los pacientes de la muestra dividido por sexos

	Hombre n (%)	Mujer n (%)
F30 Episodio Maníaco	2 (14,3)	1 (3,1)
F31 Trastorno Bipolar	4 (28,6)	2 (6,2)
F31.2 Trastorno Bipolar, Episodio Actual Maníaco con Síntomas Psicóticos	5 (35,7)	4 (12,5)
F31.5 Trastorno Bipolar, Episodio Actual Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos	1 (7,1)	4 (12,5)
F32 Episodios Depresivos	0 (0,0)	4 (12,5)
F32.3 Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos	0 (0,0)	2 (6,2)
F33 Trastorno Depresivo Recurrente	1 (7,1)	9 (28,1)
F33.3 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave con Síntomas Psicóticos	0 (0,0)	2 (6,2)
F34.1 Distimia	0 (0,0)	2 (6,2)
F39 Trastorno del Humor (afectivo) sin especificación	1 (7,1)	2 (6,2)

En la Tabla 3, se muestra la prevalencia de los distintos subtipos del Trastorno Bipolar. Los más comunes en el grupo de los hombres son el F31. 2 (Trastorno Bipolar, Episodio Actual Maníaco con Síntomas Psicóticos) (n=5; 35,7%), y el F31 (Trastorno Bipolar) con (n=4; 28,6%). Ninguno de los pacientes del género masculino de la muestra padece trastornos depresivos, excepto uno que padece el subtipo F33. Por lo que se ha podido estudiar en los pacientes recogidos dentro de la muestra, esta clase trastornos tienden a ser más comunes en el género femenino.

Por otro lado en las mujeres de la muestra, se ha obtenido que la mayoría padecen el subtipo F33 (Trastorno Depresivo Recurrente) (n=9; 28,1%). Siendo el menos común el Episodio Maníaco F30 (n=1; 3,1%).

Además es importante destacar, que hay pacientes que tienen asociados más de un diagnóstico. La suma de varios trastornos psiquiátricos, se presenta solo en el grupo femenino de la muestra, en el que tres mujeres padecen más de una enfermedad psiquiátrica. Llegando incluso a tener tres enfermedades a la vez. Las enfermedades concomitantes de los pacientes de la muestra son; F30 Episodio Maníaco + F31.2 Trastorno Bipolar Maníaco con Síntomas Psicóticos; F34.1 Distimia + F45 Trastorno Somatomorfo y por último F33 Trastorno Depresivo Recurrente + F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada + F60.4 Trastorno Histriónico de la Personalidad.

En el género femenino predomina el consumo de benzodiazepinas (entre uno y dos comprimidos, preferentemente) frente al masculino, en el que la ingesta es más reducida, con la toma de un comprimido como tratamiento más común (ver Figura 1).

Número de individuos

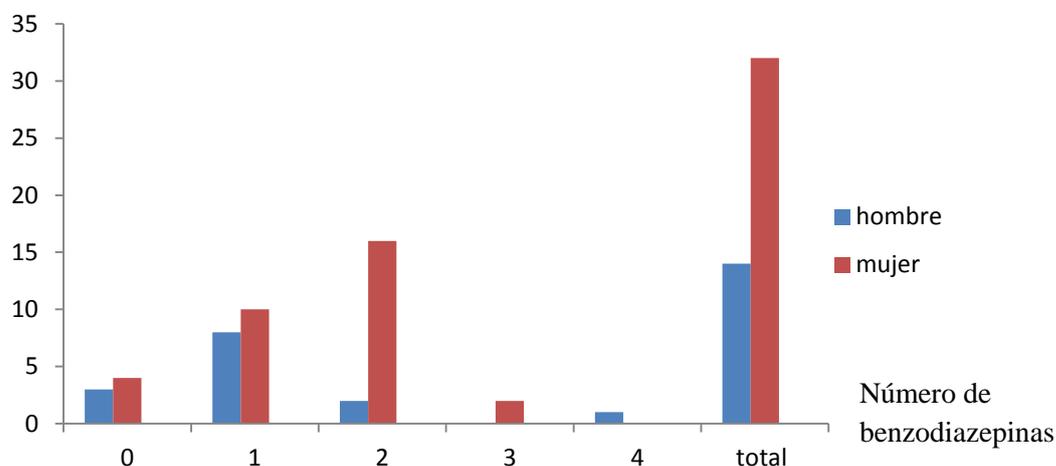


Figura 1. Uso de benzodiazepinas en función del sexo

Como se observa en la Tabla 4, existe una similitud entre el número de mujeres que no consumen antiepilépticos y aquellas que consumen un fármaco (n=15; 46,9%). Referente a los hombres, la relación entre los que no consumen y los que ingieren un antiepiléptico es prácticamente la misma (n=7; 50,0% y n=6; 42,9%).

Tabla 4: Uso de antiepilépticos en función del sexo

Consumo de antiepilépticos	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
0	15 (46,9)	7 (50,0)
1	15 (46,9)	6 (42,9)
2	2 (6,3)	1 (7,1)

En relación al consumo de antidiabéticos, prácticamente la mayor parte de la muestra no los consume. Tan solo un 4,3% (n=2) lo hacen, no siendo relevante discriminar por sexos.

Tabla 5: Consumo de antihipertensivos por sexos

Consumo de antihipertensivos	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
0	22 (68,8)	14 (100)
1	8 (25,0)	0 (0,0)
2	1 (3,1)	0 (0,0)
5	1 (3,1)	0 (0,0)

En el consumo de antihipertensivos se puede observar, que los hombres no tienen prescrito ningún medicamento y que más de la mitad de las mujeres de la muestra tampoco lo toman (n=22; 68,8%). En contraposición, una mujer consume cinco fármacos antihipertensivos (n=1; 3,1%).

Se ha llevado a cabo, un estudio sobre el consumo de antipsicóticos de la muestra. En el cuál, se recogen los antipsicóticos más frecuentemente prescritos entre los que toman los pacientes de la muestra y los más consumidos (ver Figura 2 y Tabla 6).

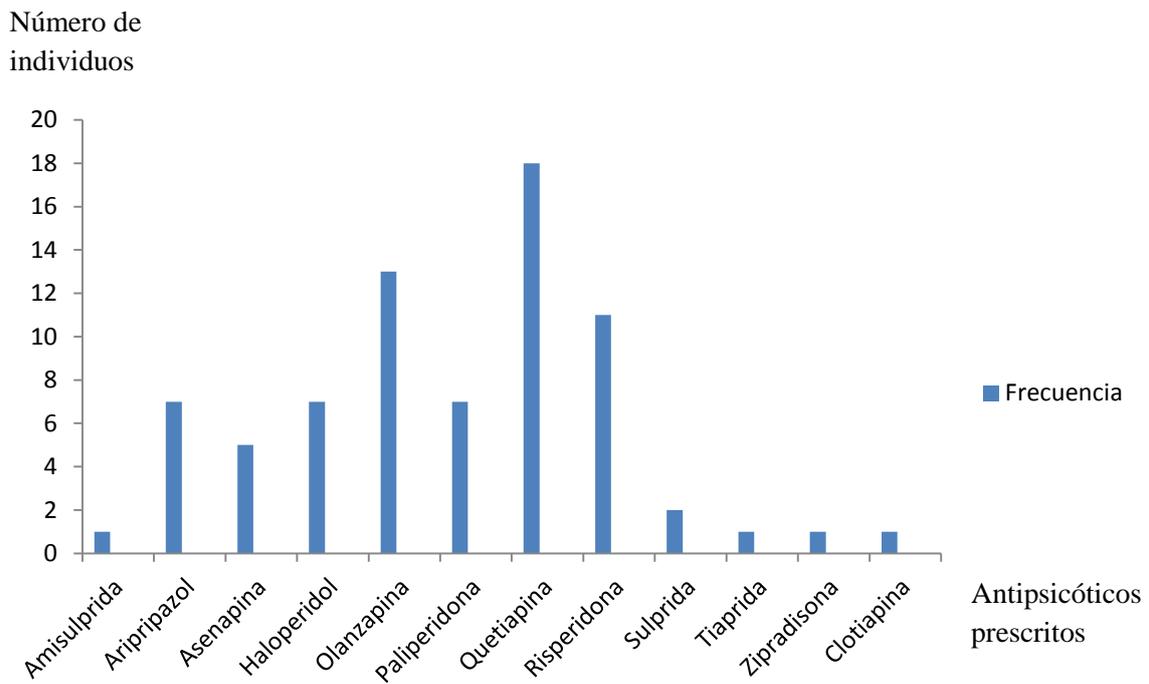


Figura 2. Frecuencia y porcentaje de los antipsicóticos de la muestra

Tabla 6: Distribución de los antipsicóticos de la muestra

	Frecuencia	%
Amisulprida	1	2,2
Aripipazol	7	15,2
Asenapina	5	10,9
Haloperidol	7	15,2
Olanzapina	13	28,3
Paliperidona	7	15,2
Quetiapina	18	39,2
Risperidona	11	23,9
Sulprida	2	4,3
Tiaprida	1	2,2
Zipradisona	1	2,2
Clotiapina	1	2,2

El antipsicótico más consumido por parte de los pacientes de la muestra es la quetiapina (n= 18; 39,2%), siendo casi prácticamente la mitad de los pacientes los que la consumen. Por otro lado, le siguen de cerca la olanzapina y la risperidona (n=13; 28,3%/ n=11; 23,9%), respectivamente.

En contraposición, los que menos se consumen son; la clotiapina, tiaprida, zipradisona y la amisulprida (n=1; 2,2%).

Tabla 7: Uso de antipsicóticos en los pacientes de la muestra

Tratamiento con antipsicóticos	Pacientes n (%)
1	26 (56,5)
2	14 (30,4)
3	4 (8,7)
4	2 (4,3)

En la Tabla 7 se presenta el número de antipsicóticos prescrito por paciente. Más de la mitad de la muestra, toma un único antipsicótico (n=26; 56,5%), mientras que tan solo dos pacientes toman cuatro antipsicóticos al mismo tiempo (n=2; 4,3%).

6. DISCUSIÓN

El estudio del tratamiento farmacológico de los pacientes con Trastorno Bipolar, ratifica que efectivamente los pacientes de la muestra consumen varios fármacos a la vez. No solo son los que tratan al TB, sino que también se encuentran fármacos que tratan enfermedades como la hipertensión o la diabetes.

En diversos estudios, se observa que el tratamiento de elección para los pacientes con TB es el litio. En ellos se explica que el litio se puede utilizar en monoterapia a largo plazo, mientras que la probabilidad de que un paciente se beneficie de la monoterapia con algún otro fármaco puede resultar inferior ^(20,21). El litio también se puede usar en asociación con otros fármacos, tanto con anticonvulsivos como con antipsicóticos atípicos. La combinación de fármacos favorece la disminución de síntomas y evita las recurrencias de la enfermedad ⁽²¹⁾.

En este estudio, no se ha encontrado ningún paciente que consumiera litio como fármaco para la eliminación de los síntomas del TB. En cambio, lo que sí se ha descubierto es que el tratamiento de elección en el TB son los antipsicóticos atípicos, siendo el más consumido la quetiapina (n= 18; 39,2%). También se ha observado, que el resto de los fármacos que consumen los pacientes son coadyuvantes en los síntomas del Trastorno Bipolar, tales como las benzodiazepinas y los anticonvulsivos, ya que por sí solos los antipsicóticos no cubren todo el espectro de síntomas de la enfermedad. En estudios científicos, se puede observar que la quetiapina se comienza a consumir en sustitución del litio en los diferentes episodios que experimenta el TB; característica que apoya los resultados obtenidos en este trabajo ⁽²¹⁾.

Los pacientes de la muestra consumen además, fármacos para el tratamiento de la hipertensión y de la diabetes. El consumo de dichos fármacos es prácticamente mínimo, presentando un consumo de antihipertensivos solo en el género femenino (n=10; 31,2%), en el caso de los fármacos antidiabéticos se observa que la proporción de la muestra que los consume es (n=2; 4,3%). El consumo de estos fármacos se puede dar tanto por los posibles efectos adversos que conlleva la toma de antipsicóticos o bien porque los pacientes ya padecieran enfermedades que requieran dichos fármacos.

Por otro lado, en el estudio no se lleva a cabo un análisis de la adherencia terapéutica de los pacientes. Sería importante llevarla a cabo, ya que los pacientes del estudio consumen varios fármacos a la vez. En diversos estudios se ha observado que la adherencia de los pacientes con enfermedades psiquiátricas es del 75% ⁽²²⁾.

En numerosas ocasiones, la falta de adherencia al tratamiento se ve impuesta por antecedentes de abandono, antecedentes de mala respuesta subjetiva por efectos adversos, mala evolución, ausencia de control externo de la familia, ausencia de concepto de enfermedad, baja expectativa terapéutica, consumo de sustancias ilícitas, aumento de peso, y por los efectos adversos que producen los fármacos consumidos ⁽²³⁾.

Se ha visto, que el tratamiento con antipsicóticos produce efectos adversos tales como la obesidad, alteraciones metabólicas y problemas con la tensión arterial entre otros ⁽¹⁸⁾. Por ello, la labor enfermera debe basarse en realizar una serie de actividades encaminadas a favorecer la adherencia de los pacientes al tratamiento. Esto se lleva a cabo, a través de la educación sanitaria, en la que la enfermera mediante el uso de entrevistas podrá conocer si el paciente consume de forma adecuada el tratamiento o no.

En dichas entrevistas, la enfermera debe llevar a cabo una serie de intervenciones basadas en reducir la complejidad del tratamiento, explicando cómo organizar la medicación. Informar de manera oral y escrita sobre por qué, para qué, cuándo y cómo tomar la medicación, transmitiendo la información más relevante al principio y al final de la intervención. Mostrar habilidades para que la interacción enfermera – paciente sea positiva (amabilidad, ánimo, cooperación...). Realizar una escucha activa, percepción de temores o expectativas sobre el tratamiento. Potenciar la participación activa del paciente para integrarlo en su tratamiento. Por otro lado, otra actividad enfermera sería explicarles que deben realizar ejercicio físico y llevar una dieta equilibrada para reducir al mínimo los efectos adversos que pueden producir los antipsicóticos atípicos.

Limitaciones y fortalezas:

En cuanto a las limitaciones en la realización de este trabajo cabe destacar que en varias ocasiones la información no ha podido ser contrastada debido a la falta de datos, consecuencia del pequeño tamaño de la muestra. La falta de datos obtenidos en el estudio para conocer la adherencia terapéutica de los pacientes. A la hora de conocer cuáles son los subtipos del trastorno bipolar más comunes, la limitación que se encuentra es que la mayoría de la muestra es del sexo femenino, por lo que hay ciertos trastornos que presentan una mayor incidencia en las mujeres. Debido al pequeño tamaño de la muestra los datos obtenidos no son significativos.

Como fortalezas, el trabajo pretende resaltar la labor enfermera en el campo de la investigación, para realizar cuidados basados en la evidencia científica y de gran calidad. La importancia que tiene seguir formando al personal de enfermería, ya que es capaz de llevar a cabo la monitorización de dicho estudio. Además, en este trabajo también se pretende fomentar la labor enfermera respecto a la educación sanitaria, ya que resulta de vital importancia para que los pacientes realicen de forma correcta sus tratamientos y lleven una vida saludable.

Implicaciones en la práctica clínica y futuras líneas de investigación

En la práctica clínica hay que tener en cuenta los posibles efectos adversos que pueden causar los fármacos prescritos, y en el caso de este estudio se ha visto que los pacientes tienen prescritos numerosos fármacos. Como se ha comentado en puntos anteriores, los posibles efectos adversos del consumo de antipsicóticos se dan a nivel metabólico y cardiovascular. El aumento de peso es uno de los efectos adversos que trae consigo un mayor abandono del tratamiento. Por ello, es necesario que desde el punto de vista de la enfermería se realice un seguimiento de la adherencia terapéutica de estos pacientes al tratamiento y se les explique que deben seguir hábitos de vida saludable para minimizar dichos efectos adversos. Esto es importante, porque una de las consecuencias de un mal seguimiento de los pacientes al tratamiento, puede conllevar a abandonos del mismo, recaídas de la enfermedad, un aumento de ingresos hospitalarios y de los costes. Las líneas en una futura investigación podrían estar encaminadas a investigar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

7. CONCLUSIONES

- El tratamiento de elección en una cohorte de 46 pacientes con Trastorno Bipolar son los antipsicótico atípicos.
- El antipsicótico atípico más consumido en la muestra es la quetiapina (n= 18; 39,2%).
- Los pacientes tienen prescrito múltiples fármacos, entre los que se encuentran benzodiazepinas, anticonvulsivos, antihipertensivos y antidiabéticos.
- La mayoría de las mujeres padecen de Trastorno Bipolar de tipo depresivo F33 (Trastorno Depresivo Recurrente), mientras que los hombres presentan episodios de tipo maníaco F31. 2 (Trastorno bipolar, Episodio Actual Maníaco con Síntomas Psicóticos).
- Es necesario desarrollar un programa de adherencia terapéutica en pacientes polimedicados para evitar recaídas.
- El personal de enfermería tiene una gran labor dentro del campo de la investigación en la recogida y análisis de los datos.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10. Trastornos Mentales y de Comportamiento. M^a Gala Gutiérrez. 2016. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
2. Pichot P. DSM-IV Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Aliño JLLI, Disponible en:
<https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
3. Nerea Fernández de Larrea Baz JMMRCDDPSVFJABA. Estándares de uso adecuado de tecnologías sanitarias. Tratamiento farmacológico de trastorno bipolar. Madrid, 2008. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D2007_14.2+Estandares_uso_adecuado_bipolar.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPo.
4. Ana C. García Blanco PSYLL. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar. Valencia. 2014. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-linkresolver-nosologia-epidemiologia-etipatogenia-del-trastorno-S1134593414000670>.
5. Mariela Lucia Jara, KLL, KELT Trastorno bipolar, Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina, Enero 2008. Disponible en:
http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista177/5_177.pdf
6. GE B. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/153/3/317>.
7. Manie LA. Enciclopedia de ciencias médicas. [Online]. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010
8. P. P. Nosographie philosophique ou la méthode de l'anlyse appliquée a la médecine. In Brosson J. 2017. Disponible en:
<https://www.abebooks.fr/servlet/BookDetailsPL?bi=14066547900&searchurl=tn%3Dnosographie%2Bphilosophique%2Bou%2Bla%2Bm%25E9thode%2Bde%2B1%2527analyse%2Bappliqu%25E9e%2B%25E0%2Bla%2Bm%25E9decine%26sortby%3D17%26an%3Dpinel%2Bphilippe>
9. E. M. Textbook of Psychiatry. In. Filadelfia: Krauss WC traductor.
10. A. L. A Hitorial Rewiew. The Britsh Journal of Psychiatry.
11. E.Barrios RLG. Historia de los trastornos afectivos. elsevier.
12. Gutierrez JLA. Trastorno del humor: trastorno bipolar. In.

13. Argell DI. Sociedad Española de Psiquiatría. 2010. Disponible en:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=U9aZ9cSXuRoC&oi=fnd&pg=PA2&dq=trastorno+bipolar+%2Bcausas+geneticas&ots=KzbKGyVVjb&sig=q92OhkpnmhJihf3aPsYyEhVes2M#v=onepage&q=trastorno%20bipolar%20%2B%20causas%20geneticas&f=false>.
14. E.Vieta. M.Valentí A.R. Rosa. Limitaciones de los tratamientos tradicionales del trastorno bipolar. 2007. Disponible en:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9-M84NMrZcMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=litio+trastorno+bipolar&ots=jK_zOPFuhS&sig=p-0FcUrUCN-VgK3BvOY5NULoqLE#v=onepage&q=litio%20trastorno%20bipolar&f=false
15. Lorenzo EBMdC. Tratamiento psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Disponible en:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7903/7767>.
16. Wiley J. The Cochrane Collaboration. 2013. Diponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD003196.PDF>.
17. Pando ACG. Ícaro. [Online].; 2014. Available from: <https://www5.uva.es/estudioicaro>.
18. Paula Rojas. Catalina Poblete, XOKRCL. Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica. Enero. 2009.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000100017&script=sci_arttext&tlng=pt
19. Tatiana Dilla, Amparo Vallardes, LLJAS. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencia y estrategias de mejora. Mayo 2009. Disponible en:
http://www.elsevier.es/ap/S0212656709001504_S300_es.pdf
20. Eduard Vieta, Marc Valentí, Juan Undurraga. Limitaciones de los tratamientos tradicionales del trastorno bipolar. Editorial Panamérica. Disponible en:
<http://www.herrerobooks.com/pdf/PAN/9788498358216.pdf>
21. José Manuel Goikolea, Marc Valentí. Actualización del tratamiento del trastorno bipolar. Octubre 2008. Barcelona. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Jose_Goikolea/publication/267253672_Actualizacion_del_tratamiento_del_trastorno_bipolar/links/554750f80cf24107d39835a6.pdf
22. Alonso MA. Álvarez J, Arroyo. ALARGAMHMCM. Madrid. Org. Adherencia terapéutica: estrategias de mejora. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
23. Elizabeth Salinas Cruz, Ma. Guadalupe Nava Galán. Adherencia terapéutica. México. 2012. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>