

# Guías de Tratamiento del Trastorno Bipolar en Adultos del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología (CINP-BD-2017)

Dra. Francisca Decebal-Cuza Galeb  
Psiquiatra Adultos  
Gerente Médico GSK Chile

# Conflictos de Interés

Dra. María Francisca Decebal-Cuza Galeb

---



- Empleado part time GSK

# Referencias

- 
- Fountoulakis, KN y cols. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017). *International Journal of Neuropsychopharmacology* (2017) 20(2): 98-205
    - Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines
    - Part 2: Review, Grading of the Evidence, and Precise Algorithm
    - Part 3: The Clinical Guidelines
    - Part 4: Unmet Needs in the Treatment of Bipolar Disorder and Recommendations for Future Research

# Introducción

- La primera guía elaborada por el CINP en tratamiento de TB
- Adultos con TB I o II, con características mixtas, ciclaje rápido y características psicóticas
- No niños, adolescentes ni adultos mayores
- No se hicieron análisis de costo u otras consideraciones fuera de eficacia y seguridad/tolerabilidad
- Búsqueda sistemática (PRISMA):
  - Reporte basado en 57 guías clínicas, 531 publicaciones de RCTs, revisiones, posthoc o meta-análisis hasta marzo de 2016

# Introducción



- Se dio prioridad a monoterapia por sobre combinación
  - **Manía aguda**
  - **Depresión aguda**
  - **Mantención**
- Se recomienda que el clínico tenga en mente las necesidades del tratamiento de largo plazo cuando aplique las recomendaciones para la fase aguda
  - *“La posición de las guías CINP es que el tratamiento de la fase aguda se continúe con la misma medicación y por un mínimo de 2 meses tras lograr la completa resolución de un episodio maníaco y por al menos 6 meses si el episodio índice fue una depresión bipolar. Después de este período, el tratamiento debe continuarse o cambiarse gradualmente al tratamiento de mantención recomendado”*
- Ajustar el tratamiento a las necesidades de cada paciente

## Paso 1

- Descontinuar tratamiento con antidepresivos
- Considerar historia previa de características psicóticas
- Iniciar con monoterapia de aripiprazol, asenapina, cariprazina, paliperidona, quetiapina, risperidona o valproato
- Si el paciente ya está con monoterapia de primera línea o combinación de fármacos y la respuesta es insatisfactoria, cambiar a otra monoterapia de primera línea
- Considerar terapia interpersonal y de ritmos sociales como coadyuvante

## Paso 2

- Aplicar monoterapia de olanzapina, litio, carbamazepina, haloperidol o ziprasidona
- Combinaciones de litio o valproato + asenapina, aripiprazol, haloperidol u olanzapina
- Litio + allopurinol (300-600 mg/día) (poca experiencia clínica)
- Valproato + antipsicótico de primera generación
- Valproato + celecoxib (poca experiencia clínica)

# Tratamiento agudo de manía/hipomanía



## Paso 3

- Litio o valproato + quetiapina o risperidona

## Paso 4

- TEC sobre el tratamiento farmacológico o cambiar a monoterapia con oxcarbazepina
- Monoterapia con clorpromazina, pimozida o tamoxifeno (40-80 mg/día)
- Combinación de litio o valproato + tamoxifeno
- Combinación de risperidona + litio
- Para episodio mixto completo según DSM-IV: Olanzapina-fluoxetina o monoterapia con ziprasidona

# Tratamiento agudo de manía/hipomanía



## Paso 5

- Combinaciones de medicamentos de acuerdo a conocimiento anecdótico o experiencia personal del terapeuta
- TEC si no se aplicó previamente

## NO RECOMENDADO

- Monoterapia con eslicarbazepina, gabapentina, lamotrigina, lircarbazepina, EMTCr, topiramato, verapamilo
- Terapia combinada de litio o valproato + paliperidona, ziprasidona, gabapentina, topiramato o Free and Easy Wanderer Plus (FEWP)
- Combinación de allopurinol + un estabilizador del ánimo distinto de litio
- Un antipsicótico de primera generación distinto de clorpromazina o haloperidol
- Medroxiprogesterona + estabilizador del ánimo
- Valproato no es adecuado para mujeres en edad fértil

## Paso 1

- Iniciar con quetiapina o lurasidona
- Considerar TCC como coadyuvante a la medicación, pero nunca sola

# Tratamiento agudo de depresión bipolar



## Paso 2

- Monoterapia de olanzapina u olanzapina+fluoxetina combinada
- Combinaciones de un estabilizador del ánimo + lurasidona, modafinilo o pramipexol
- Litio + lamotrigina o piotiglazona (poca evidencia)
- Agregar escitalopram o fluoxetina a la terapia en curso
- Para ansiedad comórbida: paroxetina, quetiapina, valproato, lurasidona o intervenciones en base a mindfulness

## Paso 3

- Monoterapia con valproato, aripiprazol, imipramina, fenelzina o lamotrigina
- Litio más L-sulpirida

## Paso 4

- Iniciar monoterapia con traniilcipromina o litio
- Venlafaxina en combinación con un agente antimaniacial
- Armodafinilo o ketamina endovenosa en combinación con un estabilizador del ánimo
- Litio + fluoxetina o lamotrigina
- Carbamazepina + FEWP
- Levotiroxina + estabilizador del ánimo
- Litio + oxcarbacepina

# Tratamiento agudo de depresión bipolar



## Paso 5

- TEC
- Combinaciones de medicamentos de acuerdo a conocimiento anecdótico o experiencia personal del terapeuta

## NO RECOMENDADO

- Monoterapia con donepecilo, paroxetina (excepto para ansiedad comórbida), ziprasidona, gabapentina o EMTCr
- Combinación de cualquier estabilizador del ánimo con agomelatina, paroxetina, ziprasidona, bupropion, celecoxib, levetiracetam, lisdexanfetamina, risperidona o pregnenolona
- Memantina + lamotrigina
- Litio + aripiprazol, donepecilo, o imipramina
- Risperidona o ziprasidona para ansiedad comórbida

# Tratamiento durante fase de mantención



## Paso 1

- Considerar polaridad predominante
- Comenzar con monoterapia de litio, aripiprazol, olanzapina, paliperidona, quetiapina o risperidona (incluyendo depot) dependiendo de la polaridad predominante
- Considerar TCC o psicoeducación como coadyuvante a la medicación, según juicio clínico del terapeuta y preferencia del paciente y disponibilidad
- Nunca considerar TCC o psicoeducación como monoterapia

## Paso 2

- Agregar fluoxetina, lamotrigina, o litio a la opción del primer paso (dependiendo de polaridad predominante)
- Litio + carbamazepina
- Quetiapina + litio o valproato
- Olanzapina o aripiprazol + estabilizador del ánimo

## Paso 3

- Agregar risperidona depot, valproato, carbamazepina, o N-acetilcisteina al segundo paso, si no se había añadido previamente

## Paso 4

- Considerar la polaridad predominante y agregar un agente con eficacia probada en la fase aguda, sin importar si tiene eficacia probada en la fase de mantención
- Litio + lamotrigina
- Considerar adición de venlafaxina o haloperidol

# Tratamiento durante fase de mantención



## Paso 5

- Considerar cualquier combinación de los pasos 1 a 4 que no se hayan probado
- Considerar TEC de mantención
- Diferentes combinaciones de medicamentos de acuerdo a conocimiento anecdotico o experiencia personal del terapeuta
- Considerar terapia interpersonal y de ritmos sociales como adición a la medicación en base al juicio clínico del terapeuta, la preferencia del paciente y la disponibilidad
- Considerar terapia interpersonal y de ritmos sociales o psicoeducación como monoterapia

## NO RECOMENDADO

- Adicionar memantina o perfenazina a un estabilizador del ánimo
- Aripiprazol + lamotrigina o valproato
- Lamotrigina + valproato
- Litio + imipramina u oxcarbazepina



# Gracias

Dra. Francisca Decebal-Cuza Galeb  
[maria.f.decebal-cuzagaleb@gsk.com](mailto:maria.f.decebal-cuzagaleb@gsk.com)