

---

Trabajo final de grado:  
Entrega final

---

# Protocolo de atención a pacientes con trastorno bipolar durante la planificación, el embarazo y el puerperio



---

**María José Pastor Ramírez**  
mpastor@edu.tecnocampus.cat

**Directora: María del Mar Lara**  
4t Enfermería, 3er trimestre  
27 de mayo de 2019

 **Tecnocampus**

Centres universitaris adscrits a la

 **Universitat  
Pompeu Fabra**  
Barcelona

---

## **Glosario de abreviaciones:**

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

CIE: Código Internacional de Enfermedades.

CGI-BP-M: Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada.

COS: Cuestionario Oviedo del Sueño.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual os Mental Disorders.

FAST: Prueba breve de evaluación del funcionamiento.

IC: Intervalo de confianza.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PVS: Partner Violence Screen.

RR: Riesgo relativo.

SUMD: Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder.

TB/BD: Trastorno bipolar. /Bipolar Disorder.

TCC: Terapia cognitivo conductual.

## Glosario términos psiquiatría:

**Adherencia terapéutica:** Implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.\*

**Episodio de depresión:** El paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.\*\*

**Episodio de manía:** El humor está elevado sin relación con las circunstancias del paciente, y puede variar de una jovialidad descuidada a una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de energía, que ocasiona un exceso de actividad, logorrea y disminución de las necesidades de sueño. No puede mantenerse la atención y a menudo hay una distraibilidad marcada. La autoestima suele ser exagerada, con ideas de grandiosidad y exceso de confianza. La pérdida de las inhibiciones sociales normales puede conducir a un comportamiento temerario, imprudente o inapropiado a las circunstancias y al carácter del sujeto.\*\*

**Fase de eutimia o remisión:** El paciente ha padecido en el pasado al menos un episodio comprobado de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto y, además, por lo menos otro episodio afectivo, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del humor ni la ha sufrido en varios meses.\*\*

**Insight:** concepto que incluye la conciencia de padecer síntomas psicopatológicos, la conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad mental y la aceptación del tratamiento.\*

**Psicosis:** Se caracteriza por alucinaciones (típicamente auditivas, pero a menudo en más de una modalidad sensorial), distorsiones de la percepción, ideas delirantes (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), alteraciones psicomotoras (excitación o estupor) y un estado emocional anormal que puede ir del miedo intenso al éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, pero puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, aunque no una confusión importante.\*\*

**Recaída:** Incremento de síntomas de la enfermedad tras un periodo de reducción o supresión de los mismos. Puede ser definido de forma operativa como equivalente a “rehospitalización”, incremento en la intensidad de los cuidados incremento de la gravedad psicopatológica, como disminución del funcionamiento social o incluso como necesidad de cambio en la atención clínica.\*

\*Definiciones de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.

\*\*Definiciones del CIE-10. Clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación.

## Índice:

1. Resumen.....	5
a) Abstract. ....	5
2. Introducción. ....	6
a) Justificación. ....	9
3. Objetivos.....	10
4. Método.....	10
a) Perfil diana.....	10
b) Descripción de la actividad.....	11
c) Desarrollo del protocolo.....	12
[1]. Atención en la planificación del embarazo.....	13
[2]. Atención en el embarazo.....	15
[3]. Atención en el posparto.....	18
Recomendaciones generales.....	20
d) Metodología de evaluación.....	21
e) Cronograma de trabajo.....	21
5. Conclusiones.....	22
6. Recomendaciones de praxis.....	22
7. Implicaciones potenciales a la práctica profesional e innovación. ....	23
8. Referencias bibliográficas.....	24
9. Anexos:.....	28

## 1. Resumen.

La psiquiatría perinatal es una especialidad dentro de la salud mental. Su objetivo es la investigación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos que puedan darse durante el embarazo, la lactancia y el puerperio. A pesar de que conocemos que el 20% de las mujeres embarazadas sufren alguna sintomatología emocional o trastorno psiquiátrico, la salud mental perinatal dispone de escasos recursos para realizar la atención especializada.

Los trastornos del estado del ánimo en el puerperio tienen una alta prevalencia en todo el mundo. Éstos afectan a la salud física y psíquica tanto de la madre como del feto, incluso pueden producir inestabilidad en el entorno familiar o social de quienes lo padecen. Las mujeres tienen una alta vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales en los periodos de grandes cambios hormonales. Si la paciente sufre una patología mental, durante el embarazo puede verse aumentada dicha vulnerabilidad en gran medida, como es en el caso de las pacientes con trastorno bipolar (TB). El TB es considerado una enfermedad prevalente y está asociado a un descenso de la calidad de vida de los pacientes. La patología está asociada con altos costes económicos puesto que la duración del tratamiento es indefinida, la suspensión de tratamiento está relacionada con la alta tasa de recaída. Por esta razón, es considerada una patología de difícil control, haciendo que los obstáculos para su manejo se eleven en los casos de las pacientes embarazadas.

En este protocolo se expresa la necesidad de dar atención a las mujeres con TB que deseen un embarazo, se encuentren en estado de gestación o estén en la fase de puerperio. Además, se dan las pautas para el manejo de las pacientes en las diferentes fases en las que se encuentren. La estandarización de los cuidados de estas mujeres quiere proporcionar la atención especializada, ofreciendo una visión conjunta del estado mental y gestacional de la paciente.

## **a) Abstract.**

Perinatal Psychiatry is a speciality in mental health. Its objective is to investigate and treat psychiatric disorders that may occur during the pregnancy state, breastfeeding and puerperium. Although we know that 20% of pregnant women suffer from some emotional symptomatology or psychiatric disorder, perinatal mental health has scarce resources to perform an specialized care.

Mood states disorders in the puerperium have a high prevalence throughout the world. This affects the physical and psychic health of both the mother and the fetus, even can cause instability in the family or social environment of those who suffer. Women have a high vulnerability to mental disorders in periods of major hormonal changes. If the patient suffers from a mental pathology, this vulnerability can be greatly increased in pregnancy, as in the case of bipolar disorder (BD) patients. BD is considered a prevalent disease and is associated with a decrease in the quality of life of the patients. The pathology is associated with high economic costs given that the treatment duration is indefinite, treatment suspension is related to the high rate of relapse. For this reason, it is considered a pathology that is difficult to control, causing a raise of its management obstacles in the cases of the pregnant patients.

This protocol expresses the need to pay attention to bipolar disorder women who want a pregnancy, are in a state of gestation or are in the puerperium phase. In addition, the guidelines for patient management in the different phases in which they are located are given. The standardization of the care of these women wants to provide the specialized care, offering a coordinated view of the mental and gestational state of the patient.

## **2. Introducción.**

La gestación es una etapa llena de cambios físicos y psíquicos, donde la mujer se ve sometida a una alta vulnerabilidad a iniciar o sufrir recurrencias de trastornos mentales. Antiguamente, se tenía la falsa creencia de que el embarazo era un estado de bienestar y protección para no sufrir patologías mentales. En la actualidad, se ha demostrado todo lo contrario. Las gestantes pueden sufrir recurrencias de patologías mentales diagnosticadas antes del embarazo, también pueden debutar con trastornos mentales que se instauren como crónicos o puede darse el caso de padecer patologías mentales que solo ocurran en el momento del embarazo o el puerperio, como la psicosis posparto o la depresión posparto (1-3).

Revisando la literatura podemos encontrar que a pesar de que Hipócrates reflejó en sus manuscritos diversas alteraciones mentales en el puerperio (4), no fueron clasificadas hasta 1992, cuando se introdujeron en el CIE-10 (Código Internacional de Enfermedades) realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3). Seguidamente se vieron reflejados en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1994 (3,5).

También podemos encontrar que la primera vez que se le dio un interés científico a los trastornos perinatales, fue en el siglo XIX en Francia, a través de las publicaciones del psiquiatra Esquirol (1838). Curiosamente, tras estas primeras publicaciones tendremos que esperar hasta bien entrado el siglo XX para que reaparezca el interés por estos trastornos. Fue en Inglaterra durante los años 40-50, cuando se crearon las primeras unidades de hospitalización madre-bebé, en estas unidades existía la posibilidad de un ingreso terapéutico conjunto de la madre y su bebé (1,3).

Desde un punto de vista más cercano, en España, los recursos asistenciales específicos de psiquiatría perinatal son escasos y de reciente incorporación, también son limitados los programas realizados de manera protocolizada. La instauración pionera en España fue con un programa de salud mental materno infantil en Madrid, durante la década de 1980. No es hasta el año 2000, cuando Cataluña inicia un programa de psiquiatría perinatal en el Hospital Clínico de Barcelona, su objetivo principal es el tratamiento y seguimiento de mujeres gestantes según el tipo de trastorno psiquiátrico que padecen y la evolución de la patología (1,2).

El manual de psiquiatría perinatal afirma que: “La morbilidad psíquica es uno de los problemas de salud más incapacitante durante el embarazo y el posparto” (3). Según los datos estadísticos, podemos observar que entre los trastornos mentales graves, la depresión mayor aislada es la patología con más prevalencia en el embarazo y puerperio. A pesar de ello, tiene una menor relevancia clínica si la comparamos con la psicosis puerperal o la recurrencia en el TB (1). En un estudio realizado a la población española, se determinó la prevalencia de los trastornos mentales perinatales con el riesgo relativo (RR) de hospitalización respecto a la población general de mujeres. Al analizar los resultados, nos encontramos que en el primer mes de puerperio existe un mayor riesgo de hospitalización en pacientes con psicosis puerperal con un RR de 38,01, seguidamente del TB con un RR de 23,33, significativamente superior al de los episodios de depresión (mayor o menor) con un RR de hospitalización de un 2,79 (3).

La psicosis puerperal se inicia a las pocas horas o días del parto, se trata de un trastorno afectivo psicótico de inicio agudo, a diferencia del TB que aparece de forma paulatina. Se caracteriza principalmente por estados de manía, aunque pueden darse estados depresivos o mixtos, no siendo necesariamente el primer episodio afectivo o psicótico. La detección de una psicosis posparto se trata de una urgencia psiquiátrica que de no tratarse adecuadamente puede darse una de las consecuencias más graves, pero infrecuentes, como es el suicidio materno y/o el filicidio (1-3). Existe una alta vulnerabilidad en las mujeres con TB, entre un 25-40% tiene un episodio de psicosis tras el parto (3).

Durante la revisión bibliográfica, encontramos que varios estudios (6-12) respaldan la afirmación en la cual se dice que; las pacientes con TB tienen más probabilidades de experimentar un ingreso psiquiátrico puerperal en comparación con cualquier paciente con otro diagnóstico psiquiátrico. Kendell et al. (8) fueron los primeros en cuantificar este riesgo en una cohorte poblacional. Describieron un riesgo de recaída del 16% en pacientes con TB en el puerperio, en comparación con el 3% que padecieron pacientes con esquizofrenia y el 2% en pacientes que tenían diagnóstico previo de depresión. Más recientemente, un estudio de Munk-Olsen et al. (7,9) determinó que durante el primer año inmediato del parto, el 26,9% de las mujeres diagnosticadas de TB sufrieron un episodio de recaída, datos significativamente mayores si los comparamos con otras enfermedades como la esquizofrenia, donde el porcentaje de recurrencias fue del 15,7%. Munk-Olsen et al. (9) también compararon el RR de recaídas durante el periodo de puerperio, encontrando significativas diferencias entre las pacientes con TB con un RR de 37,2 (IC 95% = 13,6-102) en comparación con las pacientes con esquizofrenia con un RR de 4,6 (IC 95% = 2,5-8,5).

El TB es una enfermedad psiquiátrica crónica del estado de ánimo, caracterizado por episodios de hipomanía o manía y un episodio de depresión mayor, se trata de una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo (6). Clínicamente se distinguen varias formas de TB, el DSM-V clasifica el TB tipo I cuando el paciente sufre o ha sufrido un episodio maniaco antes o después de un episodio hipomaniaco o de depresión mayor. Los pacientes con TB tipo II sufren o han sufrido un episodio de hipomanía y tienen criterios para un episodio de depresión mayor actual o pasado. También podemos encontrar la Ciclotimia en la cual se presentan fases de hipomanía alternados con fases de depresión subclínica. Existen otros modos de TB con diferente clasificación entre el DSM-V y el CIE-10 (5, 13, 14).

Analizando datos estadísticos, se observa que la depresión mayor es la patología mental grave con más prevalencia, por contra tiene una menor relevancia clínica. Los datos epidemiológicos del TB varían notablemente dependiendo de la bibliografía. Según datos epidemiológicos de la OMS, la tasa de incidencia a lo largo de la vida del TB es aproximadamente del 2,4% (14, 15). Si diferenciamos entre el TB tipo I y II, podemos encontrar una ligera variación en cuanto al porcentaje de prevalencia. En el

TB II existe una prevalencia entre el 0,9 y 1,6%, mientras que el TB I oscila entre el 0,5 y el 1,6%. (13). En cuanto a la distribución por sexos, el TB II y TB inespecífico tiene una mayor prevalencia en mujeres, mientras que en el TB I la diferencia por sexos no es significativa (7). Actualmente, se desconoce el porcentaje de mujeres con TB que se quedan embarazadas debido a la falta de recursos específicos para el registro de estos datos y el infradiagnóstico de la patología. No obstante, se habla de que un 20% de las embarazadas sufre alguna sintomatología emocional o trastorno psiquiátrico (16).

Las mujeres diagnosticadas con TB son consideradas como un grupo de alto riesgo a sufrir recaídas en el periodo de posparto. En un meta-análisis (8) se concluyó que la tasa de recaída posparto era significativamente más alta entre las pacientes que no tenían medicación durante el embarazo, con un porcentaje del 66% (IC 95% = 57-75), en comparación con las pacientes que usaron medicación profiláctica con un 23% (IC 95% = 14-37). La presencia de continuidad terapéutica mediante atención especializada y medicación profiláctica, durante el embarazo, es altamente protectora para mantener la estabilidad clínica durante dicho periodo, e incluso después del parto (8, 11).

#### **a) Justificación.**

La complejidad y especificidad de la atención de pacientes psiquiátricas embarazadas hace imposible elaborar un único protocolo funcional para tratar todos los trastornos mentales graves. Por este motivo, la elaboración de un protocolo de atención especializada por patologías es la elección más apropiada. Si tenemos en cuenta la alta prevalencia de las mujeres diagnosticadas con TB a padecer recurrencias durante el embarazo y/o posparto, y la eficacia de aplicar el tratamiento profiláctico y su seguimiento, es primordial comenzar la elaboración de los protocolos para las pacientes afectadas con dicha patología (3, 6, 11).

El TB se da en todas las edades, aunque el pico diagnóstico se encuentra entre los 15 y los 25 años. Los casos que debutan más temprano están más asociados a factores genéticos. La detección a estas edades conlleva la administración temprana de psicofármacos a mujeres en edad fértil, y algunos de ellos conllevan serios riesgos para la salud reproductiva de la mujer (6, 13).

El tratamiento del TB incluye psicofármacos que ponen en riesgo el estado del bebé, tanto en el embarazo como en la lactancia materna. Por esta razón, deberá sopesarse el riesgo al que será sometido el bebé y el riesgo de recaídas de la paciente. Los cambios fisiológicos durante el embarazo y la lactancia condicionan la absorción, la transferencia, la excreción y el metabolismo de los psicofármacos. En todo momento e independientemente del tratamiento que se escoja durante el

embarazo, se deberá seguir un control exhaustivo de la gestante con un equipo multidisciplinar. Por ello, el diseño de una intervención en pacientes con TB, que deseen quedarse embarazadas o ya lo estén, es vital para evitar o controlar las recaídas tanto en fases maníacas como depresivas (6, 13, 17, 18).

### 3. Objetivos.

Objetivo general: Elaborar un protocolo de enfermería de atención estandarizada a pacientes del Hospital de Mataró con TB que se quieran quedar embarazadas o ya lo estén.

Objetivo intermedio: Conseguir una adherencia del 80% al protocolo de atención de todos los casos detectados con previsión de embarazo, embarazo o puerperio en pacientes con TB del Hospital de Mataró en los años 2020 y 2021.

Objetivos específicos dirigidos a las pacientes:

- Verbalizarán la importancia de acudir a los controles con la enfermera de psiquiatría.
- Adquirirán habilidades para controlar situaciones de estrés.
- Identificarán situaciones de riesgo fetal.
- Demostrarán capacidades para el manejo del cuidado de su futuro bebé y de si mismas.
- Reconocerán el proceso de exacerbación de su patología.
- Conocerán los riesgos y beneficios de la medicación psiquiátrica durante el embarazo.
- Recibirán soporte emocional durante el embarazo y en el proceso de lactancia.
- El paciente y la enfermera pactarán situaciones clínicas en las que se pueda requerir de un ingreso hospitalario.
- Seguirán los controles periódicos con el equipo de obstetricia.
- Adquirirán conocimientos sobre hábitos saludables durante el embarazo.

#### 4. Método.

##### a) Perfil diana.

La población diana son las mujeres diagnosticadas con TB que tengan el deseo o intención de embarazo, estén embarazadas o en la fase de puerperio.

- Criterios de inclusión:
  - Diagnóstico previo de TB.
  - Estado de embarazo, puerperio o con deseos de embarazo.
  - Voluntariedad.
  
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes que no cumplan los criterios diagnósticos de inclusión.
  - Mujeres que no se encuentren en edad fértil.
  - Pacientes con patología que imposibilite el embarazo.
  -

##### b) Descripción de la actividad.

El protocolo de atención estandarizada irá dirigido a las pacientes con TB que planifiquen un embarazo, estén embarazadas o acaben de dar a luz y se encuentren en la conocida como fase de puerperio. La enfermera de consultas externas de psiquiatría será la encargada de ejecutar dicho protocolo, también puede ser llevado a cabo por la enfermera gestora de casos de psiquiatría si existe esta figura en el centro. Dependiendo de la fase de gestación en la que se encuentre la paciente, ya sea la planificación, el primer, segundo o tercer trimestre de embarazo o el puerperio, la enfermera aplicará el protocolo estandarizando así la atención.

Todas las pacientes que se adhieran al protocolo habrán sido diagnosticadas previamente de TB y serán captadas desde atención primaria, servicio de ginecología, atención hospitalaria o por consultas de psiquiatría. Se advertirá a todos los servicios mencionados de la implantación de dicho protocolo, por si cualquier profesional detectara un caso se puede derivar a la paciente a la consulta de enfermería psiquiátrica.

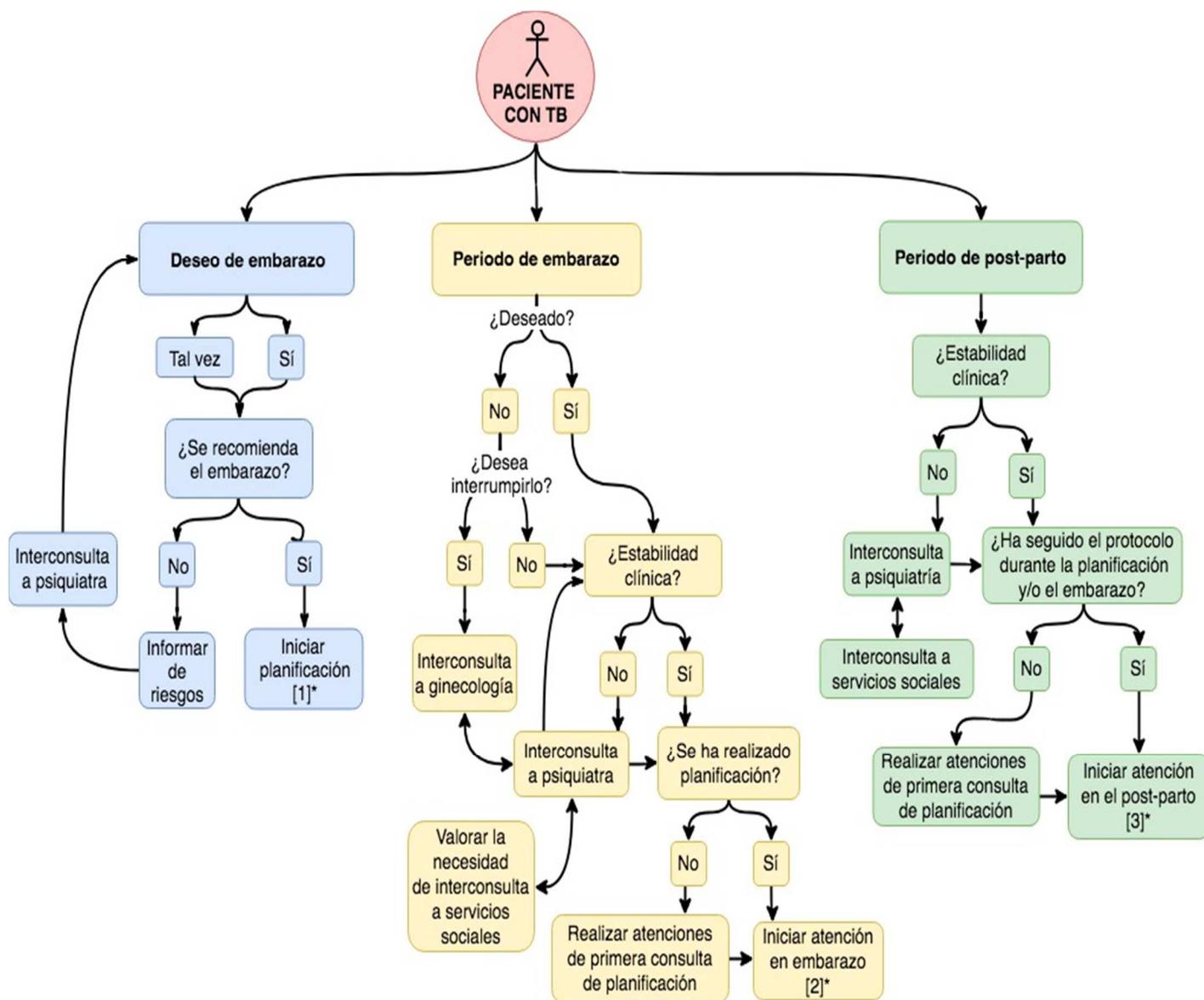
Siguiendo el protocolo, se realizarán consultas periódicas en las que la enfermera valorará a la paciente mediante una entrevista, una exploración, observación y los cuestionarios específicos. Las actividades principales del protocolo serán:

- Dar soporte emocional a la paciente y familiares.
- Realizar una detección precoz de la recurrencia del TB.
- Servir de enfermera de enlace con los diferentes profesionales sanitarios.
- Establecer controles de tratamiento.
- Proporcionar una figura referente durante el proceso de gestación.
- Realizar educación sanitaria de los hábitos saludables durante el embarazo.
- Proporcionar la información necesaria durante todo el embarazo y puerperio.
- Registrar datos de control y documentar los procesos.
- Diseñar y monitorizar indicadores para medir la actividad.

### **c) Desarrollo del protocolo.**

Las pacientes diagnosticadas con TB que deseen acogerse al protocolo pueden llegar a la consulta en tres situaciones diferentes, que se corresponderán con las tres fases diferenciadas del proceso. Una de ellas sería con el deseo o la intención de embarazo, la segunda opción sería en el propio estado de gestación, y el tercer caso sería durante el periodo de puerperio. Dependiendo de dichas situaciones, la paciente iniciará el protocolo en la fase apropiada para cada caso y deberá continuar con todo el proceso hasta finalizarlo. Es decir, si la paciente llegara a consulta durante la primera fase, que sería la intención o deseo de embarazo, se le aplicaría desde ese mismo instante el protocolo hasta completar el mismo en la fase del puerperio.

Durante el primer contacto con la paciente debemos identificar la situación en la que se encuentra, con ello conseguiremos iniciar el protocolo de atención. Para lograr una atención estandarizada en la primera visita con la paciente diagnosticada con TB se utilizará el siguiente algoritmo:



\*Seguir las indicaciones que aparecen a continuación según el número indicado. (Logaritmo A)

### [1]. Atención en la planificación del embarazo.

Iniciamos la fase de planificación de embarazo siempre que el logaritmo A nos lo indique. La atención en esta etapa se dividirá en 2 visitas, una primera consulta y una consulta control cada una con sus actividades correspondientes, seguidamente descritas. Si es preciso, se realizarán reconsultas si existe una inestabilidad o complejidad clínica.

a) Primera consulta:

- Anamnesis de psiquiatría con guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1).
- Valoración patrones funcionales (Anexo 2).
- Exploración física: toma de constantes vitales, detección de limitaciones y tóxicos en orina.
- Elaborar diagnósticos enfermeros de la NANDA International según estado basal de la paciente (19).
- Informar sobre riesgos y beneficios de interrumpir o continuar con el tratamiento farmacológico.
- Establecer un tratamiento farmacológico individualizado junto al psiquiatra perinatal referente, tomando la decisión terapéutica conjuntamente con el equipo de psiquiatría, equipo de enfermería, la paciente y su pareja o familiar referente.
- Diseñar un plan de tratamiento integral de cuidados enfermeros de acuerdo con el paciente y su entorno. Debe tenerse en cuenta el diseño de un plan de crisis para prevenir y manejar situaciones de crisis y riesgos que puedan surgir (13).
- Cuestionarios para realizar una valoración del estado basal de la paciente:
  - Valoración clínica del deterioro en el funcionamiento a través del cuestionario heteroaplicado: “Prueba breve de evaluación del funcionamiento” (FAST) (Anexo 3).
  - Escala heteroaplicada que evalúa la gravedad actual, el curso a corto y largo plazo de la patología: “Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada” (CGI-BP-M) (Anexo 4).
  - Valoración de *insight* o conciencia de enfermedad: “Escala de valoración de la No conciencia de Trastorno Mental” (SUMD, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (Anexo 5). En el caso de detectarse un nulo o bajo nivel de *insight* se valorará la necesidad de terapia psicoeducativa para mejorar la conciencia de enfermedad (20).
- Revisar guía farmacológica para mujeres con TB que pueden planificar un embarazo (Anexo 6).
- Citar en 2 semanas para segunda consulta y analítica general. Se realizará petición de analítica general de los siguientes parámetros: Hemograma completo, bioquímica, función tiroidea, niveles plasmáticos de psicofármacos y tóxicos, si se considera que se necesita un estudio más exhaustivo se realizará interconsulta con el especialista que corresponda (3, 6, 21).

b) Segunda consulta:

- Revisión de resultados de la analítica general.
- Valorar la necesidad de suplementos vitamínicos.
- Si la paciente no realiza los controles habituales con ginecología o se detecta necesidad, programar consulta con ginecología.
- Informar de los métodos para detectar el embarazo de forma precoz.
- Explicar funcionamiento de protocolo a la paciente para que solicite una nueva consulta de forma inmediata al tener conocimiento del embarazo.
- Cerciorarnos que la paciente comprende la importancia de realizar las visitas con la enfermera psiquiátrica y el equipo de obstetricia paralelamente.

c) Reconsulta si inestabilidad:

- Valorar la necesidad de consulta con psiquiatra referente.

**[2]. Atención en el embarazo.**

Iniciamos la fase de atención en el embarazo siempre que el logaritmo A nos lo indique. La atención en esta etapa se dividirá por trimestres, tal y como se podrían dividir las etapas del propio embarazo, y dentro de cada trimestre se subdividirá por meses, realizando así una consulta de control mensual a la gestante. Por cada trimestre se realizarán un mínimo de 3 consultas separadas entre sí en ciclos de aproximadamente 30 días. Las pacientes se adherirán a la consulta del protocolo dependiendo de la fase de gestación en la que se encuentren. En el caso de no haberse realizado la planificación previa del embarazo, se deberán realizar las actividades de la primera y segunda consulta en el primer contacto, e iniciar la fase de atención al embarazo con una nueva consulta. Si se considera necesario se realizarán consultas con mayor frecuencia. Se efectuará un seguimiento paralelo al control llevado por obstetricia y se llevarán a cabo las actividades indicadas en las recomendaciones generales añadiendo las específicas de cada trimestre.

Ha de tenerse en cuenta el protocolo de seguimiento del embarazo en el que basa sus cuidados el equipo de obstetricia (21, 22) y realizar un seguimiento desde la historia compartida para facilitar así la comunicación entre ambos servicios. El protocolo en vigor del seguimiento del embarazo en Cataluña, clasifica como un embarazo de riesgo medio las gestantes con patología mental actual estable y controlada, y/o el de las pacientes con antecedentes personales de patología mental. A pesar de esa clasificación, posteriormente, el protocolo de las comadronas especifica que el TB, al tratarse de una patología mental grave, es considerado de un nivel de riesgo alto. Si la paciente presenta comorbilidades, las comadronas pueden asignarles un nivel superior de riesgo. El riesgo alto no implica equipos específicos de alta complejidad en el seguimiento del embarazo, pero en la asistencia al parto se atenderá en un hospital de tipo II o III dependiendo de la valoración del riesgo (22).

a) Primer trimestre:

Durante las tres consultas del primer trimestre se realizarán las siguientes actuaciones:

- Si la paciente no ha realizado todavía ninguna consulta con ginecología/obstetricia y presenta amenorrea de una semana se realizará un test de embarazo.
- Registrar fecha de última regla.
- Remitir para primera consulta con la matrona antes de la semana diez de embarazo (22).
- Se realizará un calendario donde se verán reflejadas las visitas mensuales a la matrona y se anotarán también las visitas para seguimiento en protocolo en un plazo de entre 2 y 7 días posteriores. Teniendo así dos visitas mensuales, una con la matrona y otra con la enfermera de psiquiatría.
- Revisión de historia clínica compartida y de carnet de embarazada.
- En la segunda vista de este primer trimestre se realizará un test de detección de tóxicos en orina.
- Elaboración con la participación activa de la paciente y su pareja de un plan terapéutico por escrito para el abordaje durante el embarazo, parto y periodo postnatal (13).
- Si detectamos un embarazo que no ha sido planificado consultaremos las pautas de actuación para mujeres con TB con un embarazo no planificado (Anexo 7).
- En el caso de tratarse de una gestante fumadora o expuesta humo se aconsejará dejar de fumar. Se ofrecerán consejos y soluciones viables y personalizadas sin banalizar las dificultades de cada situación (22).

Dependiendo de la semana de gestación las visitas se distribuyen de la siguiente manera:

- Primera consulta entre la semana uno y cuatro de gestación.
- Segunda consulta entre la semana cinco y ocho de gestación.
- Tercera consulta entre la semana nueve y trece de gestación.

b) Segundo trimestre:

Durante las tres consultas del segundo trimestre se realizarán las siguientes actuaciones:

- Revisión de historia clínica compartida y de carnet de embarazada.
- Se informará sobre los cambios físicos y psicoemocionales que pueden suceder de forma fisiológica en el embarazo.
- En el caso de detectar conflictos en la relación de pareja se realizará el cuestionario de detección de violencia machista, Partner Violence Screen (PVS) (21, 22). En caso de PVS positivo o sospecha violencia de género activar protocolo hospitalario de violencia de género (Anexo 8).
- En la segunda visita de este segundo trimestre se realizará un test de detección de tóxicos en orina.
- Detección precoz de sintomatología depresiva, si es preciso se realizará interconsulta con la psicóloga referente para la valoración de la necesidad de realizar terapia cognitivo conductual (TCC). La TCC favorece la adherencia terapéutica, proporciona bienestar y sirve de coadyuvante a las medidas farmacológicas.

Dependiendo de la semana de gestación las visitas se distribuyen de la siguiente manera:

- Cuarta consulta entre la semana catorce y la diecisiete de gestación.
- Quinta consulta entre la semana dieciocho y la veintiuna de gestación.
- Sexta consulta entre la semana veintidós y la veintiséis de gestación.

c) Tercer trimestre:

Durante las tres consultas del tercer trimestre se realizarán las siguientes actuaciones:

- Revisión de historia clínica compartida y de carnet de embarazada.
- En la segunda visita de este tercer trimestre se realizará un test de detección de tóxicos en orina.
- Se anotará el patrón de sueño habitual y se rellenará el Cuestionario Oviedo del Sueño (COS) (Anexo 9), en el caso de detección de insomnio se darán pautas no farmacológicas para la conciliación. Si no se restablece el patrón del sueño se realizará una interconsulta con el psiquiatra referente para valorar la necesidad de una pauta farmacológica (7, 23).
- Si la gestante no dispone de soporte familiar adecuado o la estabilidad clínica de la paciente lo requiere se le ofrecerá la oportunidad de realizar un acompañamiento terapéutico en el parto por parte de la enfermera psiquiátrica perinatal referente.

Dependiendo de la semana de gestación las visitas se distribuyen de la siguiente manera:

- Séptima consulta entre la semana veintisiete y la treinta de gestación.
- Octava consulta entre la semana treinta y uno y la treinta y cinco de gestación.
- Novena consulta entre la semana treinta y seis y la cuarenta de gestación.

### **[3]. Atención en el posparto.**

Iniciamos la fase de atención en el posparto siempre que el logaritmo A nos lo indique. Se trata de una etapa de alto riesgo por lo que la primera visita después del alumbramiento será en la semana inmediata. Posteriormente se fijarán citas cada quince días durante los primeros tres meses. En el caso de que la estabilidad clínica de la paciente lo permita se realizarán dos visitas control, una a los 6 meses del recién nacido y otra a los once meses. Si se considera necesario se realizarán consultas con mayor frecuencia. Si no se detectan alteraciones clínicas y/o ha habido una buena evolución clínica se dará el alta del protocolo y se recomendará seguimiento con su psiquiatra referente.

Durante las ocho consultas que se realizarán en el puerperio se realizarán las actividades mencionadas en recomendaciones generales y las específicas de la etapa:

- Revisión de historia clínica compartida.
- Revisar historia clínica del recién nacido. Los niños que sus madres han sido tratadas durante el embarazo con fármacos psicotrópicos deberán ser monitorizados por los posibles efectos adversos (22).
- Valorar el autocuidado y la atención al recién nacido.
- Reforzar la importancia de realizar seguimiento con el pediatra y los servicios de obstetricia postnatal.
- Dar pautas para gestionar las emociones en situaciones de estrés.
- Seguir recomendaciones farmacológicas de la guía de práctica clínica del TB (13), cuadro específico para los cuidados en el periodo perinatal y la lactancia (Anexo 10).
- Evaluar estado de eutimia descartando sintomatología maníaca o depresiva. Ante la detección o sospecha de clínica depresiva valorar con test de Edimburgo (Anexo 11). Para la detección de síntomas de hipomanía en el TB tipo I, utilizar escala de Highs (Anexo 12).
- Detectar de forma precoz los síntomas de la psicosis posparto (Anexo 13). Valorar la necesidad de ingreso en unidad de psiquiatría perinatal si se dispone, de no ser el caso valorar el ingreso en unidad de psiquiatría de agudos teniendo en cuenta el riesgo beneficio para el apego materno filial.
- Fomentar la lactancia materna siempre que sea posible.
- Gestionar si existe la necesidad de asistencia social y/o servicios sociales valorando estabilidad personal, familiar y económica.
- En el caso de que la paciente este en tratamiento con litio es necesario monitorear los niveles de litemia y la aparición de síntomas de intoxicación durante el período de trabajo de parto y el puerperio. Es recomendable reducir la dosis de litio en un 50% días antes del parto para aminorar el riesgo de toxicidad en la madre y en el recién nacido (24).
- Reevaluar con COS (Anexo 9).

## Recomendaciones generales.

En las gestantes con TB deberá considerarse como mínimo en la medición clínica, la evaluación de síntomas, la cognición, la funcionalidad y la calidad de vida (24, 25). Se realizará en cada consulta de forma individualizada y con las siguientes actividades:

- Entrevista individual.
- Entrevista con pareja o familiar referente en la que se contrastará la información recaudada en la entrevista con el paciente.
- Reforzar adherencia terapéutica (26).
- Revisión de la pauta farmacológica teniendo en cuenta los riesgos teratogénicos (27) de la medicación según el mes de gestación o si se encuentra en periodo de lactancia materna (17, 27, 28).
- Seguir las recomendaciones de cuidados de la “Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud materno-infantil de las Islas Baleares” (21).
- Realizar educación sanitaria en hábitos de vida saludable siguiendo la “Guía de cuidados en el embarazo. Cuidados de su matrona” (29).
- Detectar conductas de riesgo. (Ideación autolítica, consumo de tóxicos, tabaco...)
- Derivar a ginecología si se detecta necesidad.
- Hacer comprender la evolución de la patología. Se identificarán conjuntamente los signos de recurrencia y los factores de riesgo (13).
- Dar pautas de reconsulta.
- Toma de constantes vitales.
- Se facilitará la expresión de emociones y sentimientos durante las consultas, también se facilitarán consejos para promover la comunicación en el ámbito familiar.
- Ante un episodio de manía seguir las recomendaciones de la guía de práctica clínica del TB. (Anexo 14). Si por el contrario se detecta un episodio de depresión seguir las recomendaciones específicas de la guía (13) (Anexo 15).

**d) Metodología de evaluación.**

Debido a la falta de datos estadísticos y epidemiológicos que existe en relación al TB y el embarazo se iniciará un registro de indicadores para comparaciones de resultados futuros. Los resultados de la puesta en práctica del protocolo se analizarán anualmente tomando de referencia los datos obtenidos el año anterior y procurando así mejorar las expectativas de éxito. Como indicadores se registrará:

- Número de pacientes con TB que son derivadas desde cualquier servicio.
- Porcentaje de asistencia a consultas.
- Porcentaje de abandono del protocolo.
- Descompensaciones y/o ingresos realizados.
- Número de pacientes que se adhieren al protocolo diferenciando entre situación de planificación, embarazo y puerperio.

**e) Cronograma de trabajo.**

<i>Cronograma de trabajo para protocolo</i>																						
Meses		Sept		Oct		Nov		Dic		Ene		Feb		Mar		Abr		May		Jun		
Quincenas		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>																			
Lecturas generales		■	■																			
Decisión de tema			■																			
Solicitud				■																		
Revisión bibliográfica				■	■	■	■	■	■	■												
Registro TFG							■	■														
TFG I	Introducción									■	■											
	Objetivos										■	■										
	Método									■	■											
	Bibliografía											■										
	Presentación											■	■									
TFG II	Resumen															■	■					
	Introducción													■								
	Objetivos														■							
	Método													■	■	■						
	Conclusiones																■	■				
	Implicación																■	■				
	Bibliografía																	■				
	Presentación																		■	■		

## 5. Conclusiones.

El protocolo de atención a la mujer con TB que desea la planificación de un embarazo, está en estado de gestación o en el puerperio, es un recurso de vital importancia para estandarizar los cuidados enfermeros. Se trata de una herramienta clara y sencilla de utilizar, puede ser extrapolada a cualquier centro que disponga de servicio de enfermera psiquiátrica o bien de gestora de casos de enfermería. Se realizaron los objetivos estipulando el Hospital de Mataró por proximidad y por disponer del servicio de psiquiatría, pero el protocolo podría ser trasladado incluso a otras comunidades autónomas para que puedan beneficiarse de él.

La elaboración de este documento debe considerarse como el inicio de la estandarización de cuidados enfermeros perinatales. También, debería considerarse realizar un protocolo para cada patología mental grave para ofrecer una atención personalizada y específica. Debido a la alta complejidad que supone la fusión de un embarazo con un trastorno mental grave, disponer de un recurso específico ayudará a ganar seguridad a los profesionales sanitarios que quieran proporcionar cuidados en este ámbito. De igual forma, sería conveniente la elaboración de un plan de cuidados o protocolo para velar por la seguridad y bienestar de los hijos de madres con patologías mentales graves.

Para concluir, recalcaría la importancia de realizar el registro de los indicadores y poder iniciar una valoración de efectividad más acorde con la población y/o centros en los que se aplica el protocolo. Con esto se pretende dar atención y reconocimiento a una población en continuo crecimiento y con un alto riesgo de exclusión social.

## 6. Recomendaciones de praxis.

Para llevar a cabo el protocolo de atención a mujeres con TB que desean un embarazo, están en situación de gestación o de puerperio serán necesarios recursos humanos y materiales. Será imprescindible que el centro de salud que lo aplique disponga de servicio de consultas externas de enfermería psiquiátrica o de la enfermera gestora de casos de psiquiatría. La enfermera que lleve a cabo los objetivos del protocolo debe disponer del tiempo suficiente para la atención de las pacientes y/o familiares. Se dispondrá de 60 minutos para la valoración inicial de un paciente nuevo, 20 minutos para consultas de seguimiento y 40 minutos para las consultas de seguimiento con mayor complejidad. Se deberá prever el tiempo para realizar las sesiones clínicas y los trámites de gestión para las

derivaciones y la debida comunicación entre los diferentes servicios. Para poder completar el protocolo de forma multidisciplinar se necesitará la colaboración del equipo de psiquiatría, el de obstetricia, el de psicología, el de asistencia social y el de pediatría. La comunicación entre equipos se realizará vía telefónica, telemática, a través de historia clínica compartida y/o reuniones presenciales según requiera la organización de la institución.

El papel de la gestora de casos de enfermería psiquiátrica extrahospitalaria sería el papel idóneo para ejecutar el protocolo elaborado, pero debido a la ausencia de esta figura puede ser aplicado a través de las consultas externas. En el área de psiquiatría, existen los planes de seguimiento individualizados que nacen de la necesidad de atender a personas diagnosticadas con trastornos mentales graves que corren riesgo de quedar sin la adecuada asistencia médica. La gran versatilidad de los profesionales de enfermería en psiquiatría hace que desarrollen el papel de gestores/as de casos y ejecuten los planes de seguimiento multidisciplinar (30-32).

También se requerirá de una consulta en la que poder atender a los pacientes y/o familiares de forma personalizada y garantizando su confidencialidad. El despacho deberá disponerse de soporte informático para el acceso a la historia clínica, material de monitorización de constantes vitales. Además, se facilitará la utilización de soporte de papelería y material didáctico estándar (manual del profesional, hojas de registro de resultados, trípticos informativos, cuestionarios y escalas de valoración) (30, 31).

Transcurridos dos años, desde la puesta en marcha del protocolo, se realizará una revisión de este documento por parte del equipo de enfermería implicado. Se realizarán las modificaciones que se consideren oportunas justificando la necesidad en la práctica. Posteriormente, las revisiones del protocolo se llevarán a cabo cada cinco años actualizando así la evidencia científica de las actividades.

## **7. Implicaciones potenciales a la práctica profesional e innovación.**

En el desarrollo de este protocolo nos encontramos con diferentes aspectos innovadores y en proceso de expansión. La creación de un protocolo de enfermería especializado en cuidados perinatales es necesario por los motivos argumentados a lo largo del trabajo. Además, se trata de una propuesta para crear e implementar nuevos protocolos que mejoren la atención a una población en crecimiento y con riesgo de exclusión social. Actualmente, el papel de la enfermera gestora de casos de psiquiatría no es usual, por lo que desde la creación de este protocolo se quiere fomentar la creación de dicho papel y poder gestionar así los casos de las gestantes con patologías mentales graves.

## 8. Referencias bibliográficas.

1. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental. Psiquiatría perinatal y del niño de 0 - 3 años. Digital 2. Asociación Española de Neuropsiquiatría, editor. Madrid; 2015.
2. Rodríguez-Noguera M, Simon-Lorda D, Moreira-Martínez M, Bustos-Cardona T, Gómez-Reino Rodríguez I. Situando la Psiquiatría perinatal en el hospital general. En: El componente de la salud mental en el Hospital general [Internet]. Asociación española de neuropsiquiatría; 2015. p. 223-38.
3. García PN, Giménez AT, Álvarez SS, García-Esteve L. Manual de psiquiatría perinatal. Médica Panamericana. 2017. 3-18 p.
4. Maldonado-Durán M, Lartigue T. Salud mental perinatal [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2011. 1-19 p.
5. Kupfer DJ, Regier DA, Arango López C, Ayuso-Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagney Lifante A. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. 2014. 492 p.
6. Gómez- Elias CL. Manejo del trastorno bipolar en el embarazo. Revista Médica MD. 2012; 3(3):154-62.
7. Feroso G, González D, Valle D. Trastorno bipolar y puerperio. Aspectos clínico terapéuticos. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. 2012; 108-16.
8. Munk-Olsen T, Laursen T, Mendelson T, Pedersen C, Mors O, Mortensen P. Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry. 2016;173 (2):117-27.
9. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and Predictors of Readmission for a Mental Disorder During the Postpartum Period. Archives of General Psychiatry [Internet]. 1 de febrero de 2009;66 (2):189-95.
10. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Lancet [Internet]. Noviembre de 2014;384 (9956):1789-99.
11. An-ji H, Rang X, Hui W, Wei G, Yuan L. Trastorno bipolar en el período reproductivo. Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research. 2005; 9(11):244-5.

12. Adele C. Viguera MD, Theodore Whitfield SD, Ross J. Baldessarini MD, D. Jeffrey Newport MD, Zachary Stowe MD, Alison Reminick BA, et al. Risk of Recurrence in Women With Bipolar Disorder During Pregnancy: Prospective Study of Mood Stabilizer Discontinuation. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2007;(December):1817-24.
13. Ministerio de Sanidad: Servicios Sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar [Internet]. Guía de Práctica Clínica. 2012. 1-436 p.
14. Asensio Aguerri L, Mata Saenz B, Nuevo Fernández L, Segura Escobar E, Muñoz Martínez V. Relación de las variables clínicas, evolutivas y pronósticas de los subtipos de trastorno bipolar tipo I y II. *Psiquiatría Biológica*. 2019;26(1):15-21.
15. García-Blanco AC, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatr Biológica* [Internet]. 1 de septiembre de 2014 [citado 23 de abril de 2019];21(3):89-94.
16. Lasheras G, Sender B. III Jornada de Salud Mental Perinatal. Barcelona, mayo 2014: Resúmenes de ponencias de la III Jornada de Salud Mental Perinatal.[Internet]. 2014;94-110.
17. García-Portilla MP, Bobes J. Preventive recommendations on the use of valproic acid in pregnant or gestational women to be very present. *Revista Psiquiatría Salud Mental*. 2017; 10(3):129-33.
18. Zardoya Mateio MJ, Medrano Albéniz J, Pacheco Yáñez L. Uso de antipsicóticos durante el embarazo y la lactancia. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2009; 2(3):138-45.
19. Luis Rodrigo MT. Bibliografía [Internet]. Novena edición. *Los Diagnósticos Enfermeros*. 2013.
20. Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Pedrós Roselló A, Martínez Mollá P, Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, et al. Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Revista la Asociación Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2018; 38(134):491-508.
21. Alomar Castell M. Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud materno-infantil de las Islas Baleares. Direcció General de Salut Pública i Participació, editor. *Conselleria salut Illes Balear*. 2017.
22. Agència de Salut Pública de Catalunya. Protocol de seguiment d'embaràs a Catalunya. Tercera edició. Generalitat de Catalunya. 2018.
23. Chávez-León E, Benitez-Camacho E, Uribe MPO. La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*. 2014; 37 (2):111-7.

24. Gaviria SL. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2008; 46 (1):43-54.
25. Garcia-Portilla MP, Gomar J, Bobes-Bascaran MT, Menendez-Miranda I, Saiz PA, Muñiz J, et al. Desarrollo de la versión española de la Escala Breve para la Evaluación de la Capacidad Funcional [Sp-UPSA-Brief] para pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar. Revista Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 23 de abril de 2019];7(3):113-20.
26. Navarro, Santiago; Rodríguez, Fernando; Acosta, Francisco J; García Bello M. Variables asociadas a la no adherencia en pacientes con trastorno bipolar en estabilidad clínica / Variables associated with nonadherence in clinically stable patients with bipolar disorder. Actas esp Psiquiatr [Internet]. 2016;44(5)(5):157-65.
27. International medical texts. Guía de Clasificación Teratogénica FDA. 2012.
28. Simón Lorda D. DROGAS PSICOTROPICAS EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO. REVISIÓN DE LA LITERATURA. Rev Esp Patol. 2015; 48(2):65.
29. Alcolea S. Guía de los cuidados del embarazo. 2011. 102-130 p.
30. Caminero Luna P, Castelo Sardina C. Manual de Procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Servicio Madrileño Salud [Internet]. 2012; 268.
31. Pastor-Bernabeu M, Juliá-Sanchis R, Pérez-Esquerdo A, Herrero-Martín P, Serralta-Gomis M. XXXIV Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental: «Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro». Aeesme. 2017. 1439-1455 p.
32. Huizing E, Padilla Obreo L, Mateo Rodríguez I, Cambil Martín J. Intervenciones de promoción y protección de la salud general trastorno mental grave. 2012.

## 9. Anexos:

- Anexo 1:

<b>Pauta guía de entrevista psiquiátrica semiestructurada</b>		<i>(basada en Guía elaborada por G. Hernández)</i>	
<b>1. Anamnesis psiquiátrica</b>			
<b>Datos generales.</b>	Nombre del paciente. Domicilio. Comuna. Teléfono de contacto. Fecha. Lugar. Modalidad (individual, pareja, familia). Fuentes de información (paciente, acompañantes, documentos). Previsión (FONASA, ISAPRE, no tiene). Entrevistador.	<b>Tratamientos.</b>	Medicación utilizada. Dosis, tiempo, efecto. Intervenciones psicosociales. Tiempo, efecto. Adherencia del paciente a sus tratamientos.
<b>Datos biodemográficos.</b>	Sexo. Edad. Escolaridad. Ocupación. Oficio. Tiempo de permanencia en su trabajo. Ocupaciones anteriores. Fuentes de financiamiento (su trabajo, cónyugue, pensiones, otros familiares). Estado civil. Hijos. Convivencia (con quién vive).	<b>Actitud y comprensión del problema por parte del paciente y de sus familiares.</b>	Evaluar cuánto comprende el paciente o sus familiares lo que le ocurre, y la manera que tienen de afrontar el problema.
<b>Antecedentes mórbidos.</b>	Enfermedades relevantes. Cronicidad. Accidentes, pérdidas de conciencia. Consultas psiquiátricas, tratamientos en épocas anteriores (no relacionadas directamente con la consulta actual).	<b>Red de ayuda y fortalezas del paciente.</b>	Identificar recursos propios (psíquicos) y red de ayuda a la que pueda recurrir (familia, amigos, vecinos, instituciones).
<b>Consumo de sustancias psicotrópicas.</b>	Tabaco. Alcohol. Otras. Si este fuera el motivo principal de consulta, describir en detalle el consumo de cada sustancia. Consumo de medicamentos psicotrópicos, sobre todo si son por automedicación.	<b>Antecedentes familiares.</b>	Características de la familia, de las relaciones familiares y del ambiente en que el entrevistado inició su existencia. Trastornos psiquiátricos en la familia. Otras enfermedades familiares.
<b>Fuente de referencia. Motivo de derivación.</b>	Quién lo envía. Consulta espontánea, motivado por familiar, por otro paciente. Qué requiere la fuente.	<b>Historia personal.</b>	Lugar de procedencia. Ruralidad. Etnias. Eventos familiares importantes. Desarrollo y madurez infantil. Entrenamiento de hábitos. Adquisición de lenguaje. Miedos en la infancia. Escolaridad. Cambios de escuela. Dificultades. Rendimiento. Relación con pares y profesores. Educación superior. Adquisición de oficios. Trabajos. Permanencia. Dificultades. Situación financiera. Satisfacción en su actividad. Menarquía. Historia obstétrica. Menopausia. Relaciones de pareja. Pololeo, matrimonio, convivencia. Calidad, satisfacción, estabilidad, separaciones. Vida sexual. Opción de género.
<b>Motivo de consulta</b>	¿Qué le ha traído a consultar? Transcribir o citar en palabras del paciente, o del acompañante, o de ambos.	<b>Personalidad previa.</b>	Preocupaciones habituales. Estabilidad del ánimo. Confianza en sí mismo, opinión acerca de las propias capacidades (exagerada o no). Dependencia de otros. Impulsividad. Manejo de la agresividad. Meticulosidad, perfeccionismo. Suspiciousidad, celos. Introversión, frialdad emocional. Capacidad de adaptarse a exigencias. Tolerancia a la frustración. Calidad de las relaciones sociales. Pasatiempos, intereses. Creencias religiosas y morales.
<b>Anamnesis dirigida. Historia del problema.</b>	Explorar vivencias, síntomas y conductas que se relacionen con el MC. Precisar frecuencia, intensidad, tiempo de evolución y relaciones entre los fenómenos intentando delimitar algún trastorno o problema que merezca atención clínica. Fecha de inicio del trastorno. Condiciones previas. Modo de inicio. Primeros síntomas. Detalle de los síntomas: tipo, intensidad, modificaciones con el tiempo o circunstancias. Efecto de los síntomas sobre la condición general del paciente, sobre el trabajo, estudios, tareas domésticas, actividades recreativas, actividad sexual, relaciones con la familia y con otras personas. Se puede solicitar un detalle de la rutina cotidiana. (por ejemplo: ¿A qué hora se despierta? ¿Qué hace en seguida? ¿Y luego?)	<b>Área del sí mismo</b>	Qué imagen y qué opinión tiene de sí mismo. Qué tipo de persona se considera. Autoestima.

**2. Examen mental**

<b>Apariencia y conducta</b>	Observaciones importantes se pueden hacer desde que se abre la puerta, o incluso antes, en la sala de espera. ¿Qué aspecto tiene? ¿Representa su edad cronológica? ¿Cómo se conduce y se relaciona durante la entrevista? Saludo y respeto de normas sociales. Vestimenta, cuidado, sobriedad, extravagancia. Maquillaje, adornos corporales, tatuajes.	<b>Funciones cognitivas</b>					
<b>Psicomotricidad</b>	¿Cómo es su marcha, postura corporal (actitud), tono muscular? ¿Cómo ocupa el espacio y mobiliario que se le ofrece? Evaluar su mímica facial y gestos: pobre, exagerada, concordancia con discurso. Contacto ocular.	<b>Memoria reciente</b>	Indagar recuerdo de acciones recientes (qué desayunó, con quién, qué cenó anoche). Repetir y memorizar tres palabras, luego realizar otra prueba (por ejemplo, cálculo), y luego pedirle que repita otra vez las palabras memorizadas. Lo normal es recordar las tres palabras.				
<b>Conciencia</b>	Grado de alerta (lucidez) y vigilancia. Capacidad de atención y concentración en los estímulos. Orientación témporo espacial y hacia sí mismo.	<b>Memoria remota</b>	Habilidad para recordar información aprendida antes de aparecer las perturbaciones de memoria, y con un considerable lapso temporal.				
<b>Pensamiento y lenguaje</b>	<b>a. Aspectos formales del discurso</b>	<b>Inteligencia</b>	El nivel previo puede inferirse del nivel educacional. El nivel actual, con la capacidad de abstracción, de comprensión racional. Incorporación y manejo de nueva información.				
<b>b. Contenido del discurso</b>	Intensidad de voz, tono (agudo, grave, monotonía), velocidad, vocabulario. Dificultades articulatorias. Se puede inferir el pensamiento a partir del discurso. Observar continuidad: perseveraciones, bloqueos. Lógica del discurso: coherencia entre las ideas, laxitud asociativa (que pueden dificultar seguir el flujo del discurso del paciente), asociaciones inesperadas (por consonancia, relaciones semánticas insólitas). Creación de palabras nuevas e idiosincráticas.  Temas, peculiaridades (¿delirios?). Pensamientos y preocupaciones: ideas y miedos patológicos (ejemplo: suicidio, expectación ansiosa, agorafobia), ideas sobrevaloradas (no delirantes), auto referencia, significados especiales. Explorar delirios. Observar suspicacia (suele aparecer en pacientes que no desean revelar contenidos delirantes). Desafiar ideas que puedan ser delirantes, para probar su inmutabilidad. Anotar ideas del paciente de modo textual, con ejemplos concretos cada vez que sea posible.	<b>Atención</b>	Los problemas de atención pueden presentarse junto a una capacidad disminuida de enfrentar situaciones complejas, con una tendencia a perder el foco del problema, a extraviarse o a perder el interés con facilidad. Pruebas de concentración son: 1 Restar de 7 en 7 (100-7=93, 93-7=86, etc.) 2 Meses del año a la inversa  3 Pedirle al paciente que repita una serie de números, primero en orden (lo normal es entre 6-7) y luego a la inversa (lo normal es hasta 5)				
<b>Afectividad</b>	La afectividad se evalúa por una combinación de observaciones sobre la conducta, expresión facial, tonalidad de la voz. ¿Cuál es el tono afectivo predominante? (tristeza, melancolía, disforia, hostilidad, irritabilidad, neutralidad, alegría, buen humor, euforia, manía) ¿Qué otras emociones y sentimientos se mostraron o informaron? (rabia, miedo, temores, culpas).	<b>Diagnósticos más probables (hipótesis de trabajo)</b>	Utilizar el diagnóstico multiaxial. Eje I: diagnóstico principal. Eje II: trastorno del desarrollo o diagnóstico de personalidad. Eje III: diagnóstico somático. Eje IV: estrés psicosocial.  Eje V: evaluación de la actividad global.				
<b>Sensopercepción</b>	Ilusiones y alucinaciones. Se pueden inferir de la conducta y del discurso (el paciente se distrae porque podría escuchar voces, o puede responderle a estas), o bien, preguntar directamente. Ocasiones en que surgen. Otras percepciones: deja vu, jamais vu. Reactividad del sujeto ante las alteraciones. Describir.	<b>Tratamiento inmediato que propone</b>	Cuáles son los síntomas o problemas "blanco" del consultante y hacia los que dirigirá medidas terapéuticas específicas. Ordenar por ejes. Siga un esquema similar al siguiente:				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1011 1541 1082 1641">Eje</th> <th data-bbox="1082 1541 1273 1641">Síntoma o problema</th> <th data-bbox="1273 1541 1463 1641">Medida terapéutica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1011 1641 1082 1971"></td> <td data-bbox="1082 1641 1273 1971"></td> <td data-bbox="1273 1641 1463 1971"></td> </tr> </tbody> </table>	Eje	Síntoma o problema	Medida terapéutica			
Eje	Síntoma o problema	Medida terapéutica					

### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORRY GORDON

Patrones Funcionales de Salud	Manifestaciones de Dependencia	Manifestaciones de Independencia	Datos a considerar
1.- Percepción y manejo de la salud.			
2.- Nutricional-Metabólico.			
3.- Eliminación.			
4.- Actividad-ejercicio.			
5.- Sueño-descanso			
6.- Cognitivo-perceptual.			
7.- Auto percepción-autoconcepto.			
8.- Rol-relaciones.			
9.- Sexualidad-reproducción.			
10.- Afrontamiento-tolerancia al estrés.			
11.- Valores-creencias.			

- Anexo 2:

- Anexo 3:

“Prueba breve de evaluación del funcionamiento” (FAST)

**¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?**  
 Interroge al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala:  
 0: Ninguna, 1: Poca, 2: Bastante o 3: Mucha.

Señale con un círculo el valor que corresponda:

	<i>Ninguna</i>	<i>Poca</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucha</i>
<b>AUTONOMÍA</b>				
1. Encargarse de las tareas de la casa	0	1	2	3
2. Vivir solo	0	1	2	3
3. Hacer la compra	0	1	2	3
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	0	1	2	3
<b>FUNCIONAMIENTO LABORAL</b>				
5. Realizar un trabajo remunerado	0	1	2	3
6. Acabar las tareas tan rápido como sea necesario	0	1	2	3
7. Trabajar en lo que estudió	0	1	2	3
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	0	1	2	3
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	0	1	2	3
<b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</b>				
10. Concentrarse en la lectura, película	0	1	2	3
11. Hacer cálculos mentales	0	1	2	3
12. Resolver adecuadamente un problema	0	1	2	3
13. Recordar el nombre de gente nueva	0	1	2	3
14. Aprender una nueva información	0	1	2	3
<b>FINANZAS</b>				
15. Manejar el propio dinero	0	1	2	3
16. Hacer compras equilibradas	0	1	2	3
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>				
17. Mantener una amistad	0	1	2	3
18. Participar en actividades sociales	0	1	2	3
19. Llevarse bien con personas cercanas	0	1	2	3
20. Convivencia familiar	0	1	2	3
21. Relaciones sexuales satisfactorias	0	1	2	3
22. Capaz de defender los propios intereses	0	1	2	3
<b>OCIO</b>				
23. Practicar deporte o ejercicio	0	1	2	3
24. Tener una afición	0	1	2	3

- Anexo 4:

“Clínica Global para el Trastorno Bipolar Modificada” (CGI-BP-M)

	<i>Normal</i>	<i>Mínima</i>	<i>Ligera</i>	<i>Moderada</i>	<i>Marcada</i>	<i>Grave</i>	<i>Muy grave</i>
Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Manía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
General	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

*Gravedad de la enfermedad:* Considerando su experiencia con pacientes bipolares, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad del paciente? Para las subescalas de depresión y manía la evaluación de la gravedad de los síntomas refleja la semana anterior. Los estados mixtos se evalúan según la puntuación más alta entre las subescalas de manía y de depresión. Para la subescala general, la evaluación es longitudinal y refleja el período de tiempo en que el paciente sigue el tratamiento actual enfatizando los episodios más recientes, aunque también puede tomarse como referencia el año previo.

- Anexo 5:  
 “Escala de valoración de la No conciencia de Trastorno Mental” (SUMD, Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder)

Apéndice 1	Instrucciones, lista de síntomas, ítems generales 1–3 y ítem 6 de la <i>Scale of Unawareness of Mental Disorder</i> (SUMD)																					
<b>Instrucciones</b>																						
<p>Esta escala requiere que el sujeto tenga un trastorno mental con alguno de los síntomas que se detallan más abajo. Para cada síntoma ítem de la escala primero se debe comprobar que el sujeto ha presentado este síntoma particular durante el período bajo investigación. La gravedad del síntoma no es relevante, únicamente es necesario que esté claramente presente. La verificación de la lista de síntomas debe llevarse a cabo antes de rellenar la escala a fin de determinar qué síntomas ítems son relevantes. Los tres ítems «sumarios» (números 1, 2 y 3), que no corresponden a síntomas específicos, normalmente son relevantes y deben ser cumplimentados si ése es el caso.</p> <p>En la columna actual «A», se califica el máximo nivel de conciencia apreciado durante la entrevista para la psicopatología actual. En la columna pasado «P» se califica el nivel presente de conciencia por cada ítem acontecido durante un periodo de tiempo anterior a la investigación en curso. En otras palabras, cuando se pregunta acerca de un episodio particular del pasado el sujeto en el momento presente podría decir que entonces él estaba delirando, con trastornos del pensamiento, sin capacidad para relacionarse socialmente, mentalmente enfermo, etc.</p> <p>Se pueden utilizar períodos de tiempo más cortos o más largos para la valoración actual y retrospectiva de la conciencia y la atribución, dependiendo de los objetivos de la investigación.</p> <p>En los síntomas ítems (números 4–20) se debe valorar la comprensión del sujeto acerca de la causa de su síntoma (la atribución).</p> <p>NOTA: Por cada síntoma los ítems de atribución serán evaluados sólo si el sujeto ha recibido una puntuación entre 1 y 3 en el ítem de la conciencia.</p>																						
<b>Lista de síntomas</b>																						
<p>Enmarque con un círculo la «A» para actual o la «P» para pasado, situadas junto al número de ítem, para señalar qué síntomas ítems y periodos de tiempo han de ser evaluados.</p>																						
Ítem	Síntoma																					
4 A P	Alucinaciones																					
5 A P	Delirio(s)																					
6 A P	Trastorno del pensamiento																					
7 A P	Afecto inapropiado																					
8 A P	Apariencia o vestimenta inusual																					
9 A P	Comportamiento estereotipado o ritualista																					
10 A P	Juicio social empobrecido																					
11 A P	Control pobre de los impulsos agresivos																					
12 A P	Control pobre de los impulsos sexuales																					
13 A P	Alogia																					
14 A P	Aplanamiento o embotamiento afectivo																					
15 A P	Desgana o apatía																					
16 A P	Anhedonia-asocialidad																					
17 A P	Atención pobre																					
18 A P	Confusión–desorientación																					
19 A P	Contacto visual inusual																					
20 A P	Relaciones sociales pobres																					
<b>Ítems generales</b>																						
<p>1. Conciencia de trastorno mental          ¿En términos generales, la persona cree que tiene un trastorno mental, un problema psiquiátrico, una dificultad emocional, etc.?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: left;">A</td> <td style="width: 5%; text-align: left;">P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>No puede ser valorado</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> <td>No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental</td> </tr> </table>		A	P		0	0	No puede ser valorado	1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental	2	2		3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo	4	4		5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental
A	P																					
0	0	No puede ser valorado																				
1	1	Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental																				
2	2																					
3	3	Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo																				
4	4																					
5	5	No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental																				
<p>2. Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación          ¿Qué es lo que cree la persona sobre los efectos de la medicación? ¿La persona cree que la medicación le ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas (si es aplicable)?</p>																						

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	<i>Conciencia</i> : el sujeto claramente cree que la medicación ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas
2	2	
3	3	<i>Conciencia intermedia</i> : está inseguro de que la medicación haya disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	<i>No conciencia</i> : cree que la medicación no ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas

3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

¿Cuál es la opinión de la persona acerca de las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, involuntariamente hospitalizado, arrestado, desalojado, despedido, herido, etc.?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	<i>Conciencia</i> : el sujeto claramente cree que las consecuencias sociales relevantes están relacionadas con tener un trastorno mental
2	2	
3	3	<i>Conciencia intermedia</i> : está inseguro acerca de que las consecuencias sociales relevantes estén relacionada con tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	<i>No conciencia</i> : cree que las consecuencias sociales relevantes no tienen nada que ver con tener un trastorno mental

Ítem síntoma de las subescalas

6. Conciencia de trastorno de pensamiento

¿La persona se da cuenta de que su comunicación está desorganizada y es difícil de comprender para los demás?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	<i>Conciencia</i> : el sujeto claramente cree que sus comunicaciones o sus pensamientos están desorganizados
2	2	
3	3	<i>Conciencia intermedia</i> : está inseguro de que sus comunicaciones o sus pensamientos estén desorganizados, pero puede considerar la idea
4	4	
5	5	<i>No conciencia</i> : cree que no tiene comunicaciones ni pensamientos desorganizados

6b. Atribución: ¿cómo explica el sujeto esta experiencia?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante
1	1	<i>Correcta</i> : el síntoma se debe a un trastorno mental
2	2	
3	3	<i>Parcial</i> : está inseguro, pero puede considerar la posibilidad de que se deba a un trastorno mental
4	4	
5	5	<i>Incorrecta</i> : el síntoma no está relacionado con un trastorno mental

- Anexo 6:

Fuente de origen: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. UAH/AEN.

### Mujeres que pueden planificar un embarazo

√	<p>En mujeres con un trastorno bipolar que están considerando quedarse embarazadas, si hay otra alternativa, generalmente se debería aconsejar discontinuar el tratamiento con valproato, carbamacepina y lamotrigina, y considerar un tratamiento profiláctico alternativo (como un antipsicótico).</p>
√	<p>A las mujeres que están tomando un antipsicótico y están planificando un embarazo, se les debería avisar que el aumento de los niveles de prolactina asociados a algunos antipsicóticos reducen las posibilidades de concepción y considerar un tratamiento alternativo.</p>
√	<p>Si una mujer en tratamiento profiláctico con litio planea quedarse embarazada, se deberían considerar las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la paciente está eutímica, asintomática desde hace mucho tiempo y se consideran pocas probabilidades de recaída, se podría optar por la supresión de la medicación, después de una adecuada información sobre riesgos y beneficios, de manera paulatina, incrementando las visitas de seguimiento y dejando abierta la posibilidad de reiniciar el tratamiento a partir del segundo trimestre si fuera necesario.</li> <li>• Si la paciente no está bien o tiene un riesgo alto de recaída: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cambiar gradualmente a un antipsicótico.</li> <li>○ Continuar el tratamiento con litio, tras exponer los riesgos en un consentimiento informado escrito, sobre todo si la mujer ha tenido embarazos previos complicados con trastorno bipolar, y más si los síntomas respondieron entonces bien al litio.</li> </ul> </li> <li>• Si la mujer desea suspender el tratamiento estabilizador, hacerlo siempre de forma gradual y si es posible reintroducir la medicación estabilizadora en el segundo trimestre si no tiene pensado la lactancia y sus síntomas han respondido mejor a litio que a otros fármacos en el pasado</li> <li>• Si la mujer continúa tomando litio durante el embarazo se aconseja monitorizar los niveles séricos cada 4 semanas, hasta la semana 36, luego semanalmente hasta el parto y menos de 24 horas tras el mismo. Sería conveniente fraccionar la dosis de litio hasta en cuatro tomas al día durante el embarazo así como control ecocardiográfico durante las semanas 18-20 de gestación.</li> </ul>
√	<p>Si una mujer que está planificando un embarazo tiene un episodio depresivo tras dejar la medicación profiláctica, se ofrecerá terapia psicológica, si no responde sería conveniente tratarla igual que la depresión bipolar en paciente no embarazada y se aconsejará posponer planificación embarazo hasta recuperarse.</p>

- Anexo 7:

Fuente de origen: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. UAH/AEN.

### Mujeres con un embarazo no planificado

√	<p>Si una mujer con trastorno bipolar tiene un embarazo no planificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debería confirmar el embarazo lo antes posible.</li> <li>• Si está tomando valproato, carbamacepina o lamotrigina sería conveniente aconsejar su retirada, intentar sustituirlo por un antipsicótico como medicación profiláctica.</li> <li>• Si se confirma el embarazo en el primer trimestre y está tomando litio, si la mujer está estable desde hace mucho tiempo y su historia sugiere escaso riesgo de recaída, podría considerarse, tras adecuada información de riesgos beneficios, la suspensión del litio gradualmente en 1-2 semanas, y sería conveniente informar que esta medida no suprime el riesgo de defectos cardíacos en el feto; si tiene un alto riesgo de recaída podría ser más adecuado mantener el tratamiento. Si se suspende la medicación se ofrecería un antipsicótico como medicación profiláctica.</li> </ul>
√	<p>Si la mujer continúa con el tratamiento con litio durante el embarazo, se aconseja monitorizar los niveles séricos cada 4 semanas, hasta la semana 36. Después, semanalmente, hasta el parto y 24 horas tras el mismo. Habría que ajustar las dosis para mantener las litemias en rango terapéutico y asegurarse de que la paciente ingiera una cantidad adecuada de líquido.</p>
√	<p>Sería conveniente ofrecerle la posibilidad de un screening apropiado y consejo sobre la continuación del embarazo, la necesidad de monitorización adicional y los riesgos para el feto si permanece con la medicación.</p>
√	<p>Si la mujer continúa con un embarazo que no ha sido planificado, sería conveniente que el recién nacido tenga una valoración pediátrica completa, así como ayuda tanto médica como social para la madre y el niño.</p>
√	<p>Si se identifican malformaciones congénitas sería conveniente ofrecer consejo. Debe proporcionarse apoyo psicológico a una mujer que concibe un niño con malformaciones, tanto si decide continuar con el embarazo como si no.</p>

- Anexo 8:

### **El Partner Violence Screen (PVS).**

(Traducción y validación española: Garcia-Esteve LI, Navarro P, Tarragona MJ, Gutierrez F, Torres A; 2007)

Instrumento de cribado para la identificación de mujeres que están experimentando abuso físico y/o emocional de sus parejas. Ideado para ser utilizado por los servicios de urgencias hospitalario.

Se compone de tres preguntas sobre antecedentes de violencia física y percepción de seguridad personal:

1. ¿Durante el último año ha sido golpeada, ha recibido patadas o puñetazos u otro tipo de maltrato físico? SI / NO En caso afirmativo ¿por parte de quién?
2. ¿Se siente segura en su relación de pareja actual? SI / NO / No tengo pareja
3. ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores? SI / NO Las puntuaciones se suman.

El punto de corte para el maltrato físico/psicológico es de 1 punto (sensibilidad 93%, especificidad 88%).

El punto de corte para el maltrato físico es de 2 puntos (sensibilidad 83%, especificidad 88%)

- Anexo 9:

Cuestionario Oviedo del Sueño – (COS) (Bobes et al., 2000) ha sido recientemente validado para su aplicación en pacientes con trastorno bipolar (García-Portilla et al., 2009)

### Anexo 1 Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)

Durante el último mes

COS1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1 Muy insatisfecho	2 Bastante insatisfecho	3 Insatisfecho	4 Término medio
5 Satisfecho	6 Bastante satisfecho	7 Muy satisfecho	

COS2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS2.1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
COS2.2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5
COS2.3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
COS2.4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
COS2.5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

COS3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1 0-15 minutos	2 16-30 minutos	3 31-45 minutos
4 46-60 minutos	5 Más de 60 minutos	

COS4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1 Ninguna vez	2 1 vez	3 2 veces	4 3 veces	5 más de 3 veces
---------------	---------	-----------	-----------	------------------

COS5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

1 Se ha despertado como siempre	2 Media hora antes	3 1 hora antes
4 Entre 1 y 2 horas antes	5 Más de 2 horas antes	

COS6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)

Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche?

¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1 91-100%	2 81-90%	3 71-80%	4 61-70%	5 60% o menos
-----------	----------	----------	----------	---------------

COS7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento/a, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

COS10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
COS10.1. Ronquidos	1	2	3	4	5
COS10.2. Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
COS-10.3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
COS-10.4. Pesadillas	1	2	3	4	5
COS-10.5. Otros	1	2	3	4	5

COS11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1 Ningún día	2 1-2 días	3 3 días	4 4-5 días	5 6-7 días
--------------	------------	----------	------------	------------

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

- Anexo 10:

Fuente de origen: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. UAH/AEN.

### Cuidados en el periodo perinatal

√	Las mujeres que reciban tratamiento con litio deberían dar a luz en un hospital que cuente con un psiquiatra y ser monitorizadas estrechamente por el equipo obstétrico. Debería revisarse el equilibrio de líquidos, por el riesgo de deshidratación y toxicidad del litio.
√	Después del parto, si no está tomando medicación y tiene un riesgo elevado de recaída, se debería reiniciar el tratamiento eutimizante tan pronto como la paciente está medicamente estable (cuando se restablezca el equilibrio electrolítico).
√	Si una mujer está tomando litio y tiene un alto riesgo de recidiva maniaca en el periodo postnatal, se debería considerar añadir un antipsicótico.
√	Si la mujer presenta síntomas maniacos graves o psicóticos en el periodo intraparto, deberíamos pensar en sedación rápida con un antipsicótico, mejor que con benzodiazepinas por el riesgo de síndrome hipotónico en el niño. El tratamiento se debería hacer en colaboración con anestesia.

### Lactancia

√	<p>Las mujeres con un trastorno bipolar que estén tomando medicación psicotrópica y opten por la lactancia se debería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar de los riesgos beneficios de la lactancia.</li> <li>• No recomendar la lactancia si está tomando antiepilépticos de los que no existen datos suficientes; tampoco se recomienda con litio o benzodiazepinas. Se debería ofrecer un tratamiento profiláctico diferente que pueda usarse durante la lactancia. La carbamacepina y el valproato son fármacos compatibles con la lactancia.</li> <li>• Si ya tomaban un antipsicótico durante el embarazo se recomienda mantener el mismo. El riesgo asociado al uso de antipsicóticos parece mínimo aunque hay que tener en cuenta la escasez de datos. Si se inicia un tratamiento antipsicótico de novo se recomienda la opción más segura entre los de mejor perfil de efectividad para cada caso. Se dispone de más datos de seguridad de antipsicóticos típicos y de entre los atípicos risperidona y quetiapina tienen un perfil favorable de relación riesgo-beneficio. No se recomienda clozapina ni olanzapina en este período por un mayor riesgo de reacciones adversas.</li> </ul>
√	Si precisa un tratamiento antidepresivo los ISRS serían una buena opción, aunque no la fluoxetina ni el citalopram.

- Anexo 11:

Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo  
(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

*Instrucciones:* Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que considere más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS:

**1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas**

- Igual que siempre
- Ahora, no tanto como siempre
- Ahora, mucho menos
- No, nada en absoluto

**2. He mirado las cosas con ilusión**

- Igual que siempre
- Algo menos de lo que es habitual en mí
- Bastante menos de lo que es habitual en mí
- Mucho menos que antes

**3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal**

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, en ningún momento

**4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo**

- No, en ningún momento
- Casi nunca
- Sí, algunas veces
- Si con mucha frecuencia

**5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo**

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, en absoluto

**6. Las cosas me han agobiado**

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
- Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
- No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
- No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir**

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, en ningún momento

**8. Me he sentido triste o desgraciada**

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, bastante a menudo
- No con mucha frecuencia
- No, en ningún momento

**9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando**

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en alguna ocasión
- No, en ningún momento

**10. He tenido pensamientos de hacerme daño**

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- En ningún momento

*British Journal of Psychiatry, June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky.*

- Anexo 12:

**CUESTIONARIO 'HIGHS':**  
**VERSIÓN ADAPTADA CON NUEVOS ÍTEMS INCORPORADOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Como usted ha dado a luz recientemente, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. **En estas últimas horas DESPUÉS DEL PARTO**, ¿ha sentido cualquiera de las siguientes condiciones?

Si usted responde que sí a cualquiera de estas preguntas, por favor **indique en CUÁL DÍA o DÍAS estuvieron presentes estos sentimientos**: el día 1 es el día en que su guaguüita nació, el día 2 es el siguiente.

Aquí hay unos ejemplos de cómo Ud. debe contestar este cuestionario.

		Sí, mucho	Sí, un poco	No	Día(s)
Ejemplo 1	¿Ha tenido más ganas de salir a pasear?	x			1 y 2
Ejemplo 2	¿Ha tenido más ganas de salir a pasear?		x		1

El primer ejemplo indica que la persona que contestó este cuestionario tuvo **muchas** más ganas de salir a pasear, y esto ocurrió tanto el día en que su guaguüita nació como al día siguiente, es decir los **DÍAS 1 Y 2**. El segundo ejemplo indica que la persona que contestó el cuestionario tuvo **un poco** más ganas de salir a pasear, pero sólo el día en que su guaguüita nació, es decir el **DÍA 1**.

**CUESTIONARIO**

		Sí, mucho	Sí, un poco	No	Día(s)
1.	¿Se ha sentido eufórica (extremadamente feliz o inusualmente alegre)?				
2.	¿Se ha sentido más activa de lo normal o físicamente inquieta (o con la necesidad física de moverse)?				
3.	¿Se ha sentido más conversadora de lo normal o como si no pudiese parar de hablar?				
4.	¿Ha sentido que sus pensamientos se han acelerado?				
5.	¿Ha sentido que es Ud. una persona especialmente importante y que posee talentos o habilidades especiales?				
6.	¿Ha sentido menos necesidad de dormir?				
7.	¿Ha tenido problemas para concentrarse porque su atención se desvía hacia cosas a su alrededor que no son muy importantes?				
8.	¿Ha sentido que su ánimo está inestable, de forma tal que a veces está alto y otras bajo?				
9.	¿Se ha sentido irritable sin razón aparente?				

- Anexo 13:

Origen de la fuente: Perinatología y reproducción humana.

#### Cuadro V. Síntomas de psicosis postparto.

- Fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor
- Rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad, hasta llegar al ánimo deprimido
- Alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, con oscilaciones desde la verborrea hasta el mutismo
- Perturbaciones en la percepción del tiempo
- Afectaciones del sueño, principalmente insomnio
- Falta de contacto con la realidad
- Delirios y/o alucinaciones (comúnmente visuales y auditivas) (la madre puede pensar que el niño está muerto, que está poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina)
- Hostilidad e irritabilidad
- Conducta desordenada
- Actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo
- Infanticidio (en algunos casos)

- Anexo 14:

Fuente de origen: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. UAH/AEN.

#### Episodio agudo de manía en mujeres embarazadas

√	Si una mujer embarazada que no toma medicación desarrolla un episodio maniaco agudo se debería considerar un antipsicótico, de ellos del que se tiene más datos de seguridad es el haloperidol, a la dosis más baja posible y monitorizar estrechamente a la mujer.
√	Si una mujer embarazada desarrolla un episodio maniaco agudo mientras está tomando medicación profiláctica, se debería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la dosis del tratamiento y su adherencia.</li> <li>• Aumentar la dosis si la mujer está tomando un antipsicótico o considerar el cambio a un antipsicótico si no lo está tomando.</li> <li>• Si no responde a los cambios del tratamiento o la dosis y la manía es grave considerar el uso de TEC, y excepcionalmente litio.</li> </ul> <p>trimestre. La quetiapina debería ser considerada aunque hay que tener en cuenta que los datos en embarazo son limitados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En casos que se decida y haya respuesta previa a antidepresivos, los ISRS (excepto paroxetina) en combinación con tratamiento profiláctico sería preferible a otros antidepresivos porque es menos probable un viraje con ISRS que con ADT. Hay que monitorizar estrechamente si hay signos de viraje y suspender los ISRS si el paciente comienza con sintomatología maniforme.</li> </ul>
√	La TEC podría considerarse en casos graves resistentes al tratamiento.
√	Se debería informar a las mujeres que toman antidepresivos durante el embarazo de los efectos potenciales de los antidepresivos en el neonato.

- Anexo 15:

Fuente de origen: Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar. UAH/AEN.

### Episodio agudo de depresión en mujeres embarazadas

√	Para síntomas depresivos leves en una mujer embarazada con trastorno bipolar se debería considerar tratamiento psicológico.
√	<p>Para síntomas depresivos moderados-graves en mujeres embarazadas con trastorno bipolar se debería considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento psicológico para síntomas moderados.</li> <li>• Tratamiento combinado de psicoterapia con medicación en episodios depresivos graves.</li> <li>• Hay que tener en cuenta la falta de datos en el embarazo o los posibles efectos adversos de algunos de los regimenes terapéuticos indicados en la depresión. Si está en tratamiento estabilizador con litio se debería comprobar si toma la dosis adecuada y ajustarla, teniendo en cuenta el riesgo de defectos cardíacos en el feto en el primer</li> </ul>