

# Trabajo Fin de Grado

Plan de intervención enfermera en pacientes  
embarazadas con trastorno bipolar  
Nurse intervention plan in pregnant patients  
with bipolar disorder

Autor/es

SILVIA MONZÓN TORRALBA

Director/es

MARÍA JESÚS PARDO DIEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AÑO ACADEMICO 2019-2020

## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
OBJETIVOS .....	8
METODOLOGÍA .....	9
DESARROLLO .....	11
• PRESENTACIÓN DEL CASO .....	11
• VALORACIÓN .....	12
• DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA .....	16
• PLANIFICACIÓN .....	16
• EJECUCIÓN .....	19
• EVALUACIÓN .....	21
CONCLUSIONES .....	23
BIBLIOGRAFÍA .....	24
ANEXOS .....	28
ANEXO1-Ejemplo gráfico de progresión del trastorno bipolar a lo largo del tiempo. ....	28
ANEXO 2-Ejemplo gráfico de trastorno bipolar de tipo 1.....	28
ANEXO 3- Ejemplo gráfico de trastorno bipolar de tipo 2.....	29
ANEXO 4-Ejemplo gráfico de una ciclotimia (sucesion de fases de hipomania y depresión). ....	29
ANEXO 5- Clasificación de los trastornos del estado de ánimo (DSM-IV-TR). ....	30
ANEXO 6- Clasificación de los trastornos del humor (cie-10) .....	30
ANEXO 7- Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (Mood disorder Questionnaire, MDQ) .....	31
ANEXO 8-Escala de depresión de Hamilton .....	32
ANEXO 9-Escala de manías de Young.....	34
ANEXO 10-Listado de síntomas generales del trastorno bipolar .....	36
ANEXO 11-Efectos de la enfermedad mental no tratada.....	37
ANEXO 12-Patrones de valoración de Marjory Gordon .....	38
ANEXO 13- Informe de valoración de urgencias .....	41

## RESUMEN

**Introducción:** El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que afecta a las mujeres durante su periodo reproductivo, lo que aumenta el riesgo de sufrir más episodios maniaco-depresivos durante el embarazo y el posparto. No solo es importante el diagnóstico precoz, sino que también la realización de un tratamiento adecuado para la paciente evitaría el aumento de efectos teratogénicos en el feto y de riesgos físicos y mentales para la madre.

**Objetivo:** Realizar un plan de intervención de enfermería de una paciente con trastorno bipolar, que sufre un estado depresivo durante su segundo embarazo.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en bases de datos científicas y libros especializados.

**Desarrollo:** Se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería individualizado, detectando los diferentes problemas existentes a través de la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Y se han realizado diferentes intervenciones con el objetivo de ayudar a la paciente a superar la crisis y a continuar con su embarazo en las mejores condiciones posibles.

**Conclusión:** La prestación de cuidados de calidad y la educación sanitaria proporcionada por enfermería suponen un importante tratamiento coadyuvante de la terapia farmacológica en pacientes embarazadas bipolares. Por ello, es importante la formación de los profesionales sanitarios para conseguir un trato óptimo de estos pacientes.

**Palabras clave:** trastorno bipolar, embarazo, puerperio, gestación, enfermedad mental, hijos, enfermería y cuidados perinatales.

## ABSTRACT

**Introduction:** Bipolar disorder is a chronic disease that affects women during their reproductive period, which increases the risk of suffering more manic-depressive episodes during pregnancy and postpartum.

Early diagnosis is important, but also proper treatment for the patient, avoiding the increase in teratogenic effects on the fetus and physical and mental risks for the mother.

**Objective:** To carry out a nursing intervention plan for a patient with bipolar disorder, who suffers from a depressive state during her second pregnancy.

**Methodology:** A bibliographic review has been carried out through a search in scientific databases and specialized books.

**Development:** An individualized nursing care plan has been developed, detecting the different existing problems through the evaluation by Functional Patterns of Marjory Gordon. And different interventions have been carried out with the aim of helping the patient to overcome the crisis and continue with her pregnancy in the best possible conditions.

**Conclusion:** The provision of quality care and health education provided by nurses represent an important adjunctive treatment of pharmacological therapy in bipolar pregnant patients. For this reason, training of health professionals is important to achieve optimal treatment for these patients.

**Key words:** bipolar disorder, pregnancy, puerperium, pregnancy, mental illness, children, nursing and perinatal care.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) o trastorno maniaco-depresivo es una enfermedad mental grave y crónica, caracterizada por la presencia de fluctuaciones en el estado de ánimo que abarca episodios de manía y depresión alternados con periodos de normalidad o eutimia (Ver anexo 1) (1-3).

Existen diferentes tipos de trastorno bipolar, por un lado, el TB de tipo 1 se caracteriza por la presencia de episodios maniáticos, seguidos de depresiones intensas mientras que el trastorno bipolar de tipo 2 consiste en la combinación de depresiones intensas con fases de hipomanía o euforia moderada. Es menos grave que el trastorno bipolar de tipo 1, ya que al no haber fases de manía no presenta delirios ni alucinaciones, pero presenta un mayor número de episodios y permanecen más tiempo en fase depresiva (anexo 2-4) (1-4).

El trastorno bipolar afecta a hombres y mujeres por igual, aunque las mujeres tienen más tendencia a desarrollar estados depresivos, cambios rápidos de depresión y manía y fases mixtas (TB tipo 2). La edad de inicio varía considerablemente en función del paciente, pero por lo general, suele manifestarse durante la adolescencia tardía o adultez temprana. Ya que la edad media de debut gira entorno a los 21 años, las mujeres se ven afectadas durante su periodo reproductivo (1-3, 5, 6).

Según diferentes estudios, el trastorno bipolar afecta a más de un 1% de la población mundial y la prevalencia en mujeres embarazadas es de 2.8%, siendo el TB tipo 2 el más frecuente en las mujeres embarazadas. No obstante, estos datos no reflejan la extensión real ya que existen limitaciones en los métodos de diagnóstico y una falta de información por parte de los profesionales y de la población en general, que conducen a un diagnóstico erróneo o ausencia de este (1, 6, 7).

Aunque fundamentalmente, la bipolaridad tiene base genética y a pesar de que el embarazo estaba considerado como un factor protector de las enfermedades mentales para la madre, se ha demostrado en numerosas

investigaciones que es un importante factor de riesgo, ya que el 70 % de las mujeres con trastorno bipolar sufre episodios durante la gestación o en el posparto (7, 8).

Existen factores de riesgo relacionados con la gestación que pueden aumentar la probabilidad de precipitar la enfermedad como son el embarazo no planificado o en la adolescencia, ser madre soltera, tener conflictos con la pareja, tener otros hijos, el bajo nivel de escolarización o problemas económicos, entre otros. Con ello, aumenta la probabilidad de ser hospitalizadas, presentar una depresión posparto, una psicosis, suicidarse o infanticidios (9-12).

La clínica varía en función del paciente y del episodio que presente. Durante el embarazo tienen más tendencia a presentar episodios de depresión, mientras que en el periodo del posparto y de la lactancia hay más riesgo de desencadenar en episodios maniacos, ya que es el periodo más frágil para la madre.

Los episodios depresivos se caracterizan por; una falta de interés, de ilusión, tristeza, apatía, inactividad, lentitud, alteración del apetito y del sueño, entre otras. Mientras que los episodios maniacos suelen presentar sensación de euforia, irritabilidad y agresividad, dificultad para concentrarse, elevada autoestima, verborrea, las emociones se intensifican y aumenta el interés por las relaciones sociales. En esta fase la paciente se encuentra bien y por eso es frecuente el abandono del tratamiento y el no recurrir a profesionales médicos. También existen fases mixtas que mezclan síntomas propios de la manía y de la depresión (anexo 10) (1, 13-15).

Como se ha indicado anteriormente, el embarazo es una etapa del ciclo vital de la mujer de alta vulnerabilidad, ya que la mujer está expuesta a cambios fisiológicos, sociales, cognitivos y hormonales que puede desencadenar en el inicio, recaída o recurrencia de trastornos mentales. Por ello es de especial importancia realizar un diagnóstico precoz y un seguimiento antes, durante y después del embarazo ya que puede producir importantes consecuencias tanto en la madre como en el feto (1, 2, 6, 7, 16).

Para realizar un correcto diagnóstico del trastorno bipolar se debe tener en cuenta la intensidad de la sintomatología y el periodo de tiempo que la presenta. Para ello, se cuenta con dos criterios diagnósticos como son DSM-IV y CIE-10 y tres herramientas de cribado que son el cuestionario Mood disorder Questionnaire (MDQ), la escala de depresión de Hamilton y la escala de manías de Young (anexo 5-9). Además, se debe realizar un diagnóstico diferencial para descartar cualquier otro tipo de enfermedad que pueda ser la causante de estos episodios maniaco-depresivos (1, 3, 9, 17-20).

El tratamiento farmacológico es el más frecuente, ya que se trata de una patología de base bioquímica, aunque suele estar combinado junto con la psicoterapia cognitiva o interpersonal. El objetivo de los fármacos es disminuir la intensidad de los síntomas, evitar recaídas, superar la depresión y frenar la euforia. Entre los diferentes tipos de fármacos cabe destacar el litio, los antiepilépticos (Valproato, Carbamazepina), antipsicóticos (benzodiazepinas) o antidepresivos (11, 21-24).

Existe especial controversia sobre el tratamiento adecuado que deben seguir las mujeres embarazadas bipolares, ya que existe doble riesgo. Por un lado, en el embarazo se producen cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos como, el enlentecimiento del vaciado gástrico o la disminución de la motilidad intestinal, lo que obliga a ajustar la dosis. Y, por otro lado, la mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria pudiendo producir malformaciones en el feto y aumentan la probabilidad de presentar diabetes gestacional, hemorragias posparto, cesárea, bajo peso molecular, prematuridad, entre otras. Además, es importante tener en cuenta que el abandono brusco del tratamiento farmacológico durante el embarazo o la lactancia puede aumentar el riesgo de precipitar episodios bipolares (3, 5, 6, 25).

Si se decide suspender el tratamiento farmacológico tiene que ser de forma progresiva y en el caso de mantenerlo es importante ajustar la dosis y no combinarlo con otros. Además, el seguimiento del tratamiento es muy importante sobre todo durante el primer trimestre ya que puede producir

efectos teratogénicos en el feto, porque es cuando se produce la organogénesis. Otra forma de manejar el trastorno bipolar en embarazadas es mediante la terapia psicológica, la fototerapia y en casos más graves la terapia electroconvulsiva (11, 15, 26-28).

Por ello, la elección del tratamiento debe ser de forma individualizada ya que se tienen que valorar los beneficios y los riesgos de continuar o no con él (anexo 11). Es de vital importancia la formación de los profesionales sanitarios y la disponibilidad de servicios especializados ya que un mal diagnóstico o un tratamiento inadecuado pueden acarrear importantes consecuencias en la vida de la madre y en la del niño (3, 6, 11, 29).

Enfermería juega un papel fundamentalmente educativo y de acompañamiento en los pacientes con trastorno bipolar. Se encarga de detectar de forma precoz los síntomas, para actuar lo antes posible y minimizar los efectos adversos. Además, los enfermeros realizan un plan de cuidados integral, con el objetivo de proporcionar información sobre la enfermedad y las alternativas de tratamiento que tiene la madre durante la gestación, la lactancia y la posterior crianza. El objetivo principal desde enfermería es concienciar a los pacientes sobre su enfermedad y ayudarles a vivir con ella en cada una de sus etapas vitales, respetando la autonomía de cada mujer (3, 6, 11, 30).



## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería en una paciente embarazada con trastorno bipolar, para prevenir complicaciones en la madre y en el bebé durante y después del embarazo.

Objetivos específicos:

- Evaluar los posibles problemas que puede presentar la paciente mediante la valoración de Marjory Gordon.
- Evidenciar las intervenciones de enfermería apropiadas en esta paciente mediante la taxonomía NANDA-NIC-NOC.
- Determinar cuál es el tratamiento psicofarmacológico más idóneo para la madre y el niño.

## **METODOLOGÍA**

Para la elaboración de este plan de cuidados se ha realizado una búsqueda bibliográfica entre los meses de enero y marzo de 2020 en diferentes bases de datos y libros de divulgación científica de la biblioteca de la universidad de Zaragoza. Se ha centrado la atención en aquellos artículos relacionados con el trastorno bipolar en pacientes embarazadas y los cuidados de enfermería correspondientes.

Las bases de datos utilizadas son Pubmed, Scielo, Web of Science, Dialnet, Medline y Base (a través de Alcorze esta última). Además, se han utilizado dos libros buscados a través del Catalogo Roble de la universidad de Zaragoza.

Las palabras clave utilizadas, como descriptores en ciencias de la salud (DeCS), tanto en español como en inglés, son trastorno bipolar, embarazo, puerperio, gestación, cuidados perinatales, hijos, madre y enfermedad mental. Para realizar una búsqueda más precisa se han utilizado operadores booleanos, tales como AND u OR. En la base de datos Pubmed se ha buscado por Mesh y con el operador booleano AND.

Se ha limitado la búsqueda para un mayor ajuste mediante diferentes filtros como: texto completo, artículos de los últimos 10 años, en humanos y en inglés y español. Aunque se ha cogido algún artículo fuera de este rango de años por la relevancia de su contenido.

El caso clínico utilizado en este trabajo se ha elaborado a partir de varios artículos y libros reflejados en la tabla de bibliografía (tabla 1), entre los que destaca el libro "La enfermedad de las emociones: trastorno bipolar, de Eduard Vieta". Además, para el desarrollo de este se ha utilizado la Taxonomía II de Nanda, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). También se ha utilizado para valorar el perfil funcional de la paciente la Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>LÍMITES DE BÚSQUEDA</b>	<b>ARTÍCULOS ENCONTRADOS</b>	<b>ARTÍCULOS UTILIZADOS</b>
<b>PUBMED</b>	``bipolar disorder`` ``pregnancy``	Free full text. Años 2010-2020. Inglés. Humanos. Por relevancia.	85	5
	``bipolar disorder`` ``perinatal care``	Free full text. Años 2010-2020. Inglés. Por relevancia.	4	2
	``bipolar disorder/ nursing``	Free full text. Años 2010-2020. Inglés. Humanos. Por relevancia.	13	1
<b>SCIELO</b>	``embarazo`` ``bipolar``	Todos los años e idiomas.	5	4
	``embarazo`` ``enfermedad mental``	Todos los años e idiomas.	18	1
	``Trastorno bipolar`` ``hijos``	Todos los años e idiomas.	11	2
<b>WEB OF SCIENCE</b>	``bipolar disorder`` ``pregnancy``	Acceso completo. Años 2015-2020.	10	2
<b>DIALNET</b>	``embarazo`` ``bipolar``	No hay límites.	15	5
	``puerperio`` ``bipolar``	No hay límites.	5	2
<b>MEDLINE por Alcorze</b>	``trastorno bipolar`` ``embarazo``	Texto completo. Medline.	11	2
<b>BASE por Alcorze</b>	``trastorno bipolar`` ``embarazo``	Texto completo. Base.	13	2
<b>CATALOGO ROBLE</b>	``trastorno bipolar``	No hay límites.	59	2

**Libros utilizados:**

- Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia de L. García-Esteve.
- La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar de Eduard Vieta.

## **DESARROLLO**

### **• PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente mujer de 31 años, llega a consulta de enfermería de salud mental junto con su marido por petición del Psiquiatra, como consecuencia de su visita a urgencias la semana pasada.

Diagnosticada de Trastorno Bipolar de tipo 2 a los 16 años al sufrir un episodio depresivo desencadenado por conflictos en el colegio con otros compañeros. Desde entonces ha estado en tratamiento farmacológico con antidepresivos (Olanzapina 5mg), se ha mantenido estable tomándolo diariamente, tan solo ha sufrido dos episodios a lo largo de diez años desde su diagnóstico hasta que se queda embarazada con 26 años. Dada la estabilidad emocional, se decide retirar de forma paulatina la mediación durante el embarazo y la posterior lactancia, para evitar daños al bebe. Todo el proceso de gestación y puerperio ocurre sin incidencias, pero posteriormente a la lactancia se recupera la medicación ya que presenta síntomas depresivos.

Con 31 años decide planificar su segundo embarazo, en un principio del mismo modo que el primero retirando la medicación paulatinamente y con un seguimiento exhaustivo para evitar episodios maniacodepresivos. Cuando lleva dos meses de embarazo, fallece su padre en un trágico accidente de tráfico, con el cual guarda una estrecha relación. En el momento en el que le comunican la noticia, sufre una crisis de ansiedad y un fuerte dolor en el pecho. Ante la preocupación por su estado de salud, su marido decide llevarla a urgencias (adjunto informe, anexo 12). Se rechaza posibilidad de infarto agudo de miocardio y se deriva a Psiquiatría, donde el médico decide realizar una valoración completa y administrarle medicación para disminuir la ansiedad (Valium).

Se decide mantener sin tratamiento para su trastorno bipolar y mandarla a casa ya que se considera un hecho puntual como consecuencia del estrés sufrido por la noticia de su padre. La reevalúan una semana después y presenta síntomas depresivos, se decide iniciar tratamiento con Olanzapina,

pero en menor dosis (Zyprexa 2,5 mg) y seguimiento con la enfermera de salud mental.

- **VALORACIÓN**

Para realizar una correcta valoración de enfermería en una paciente con problemas psiquiátricos, se decide utilizar la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a partir de la información obtenida de la paciente (anexos 12-13), que queda recogida en la tabla siguiente (tabla 2).

Tabla 2 Valoración por patrones funciones de Marjory Gordon

<b>PATRÓN 1. PERCEPCIÓN Y MANEJO SALUD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conoce y acepta su estado de salud y enfermedad (trastorno bipolar).</li> <li>-Actualmente estado anímico depresivo, que no reconoce. Su marido la tiene que animar diariamente para levantarse de la cama, asearse y comer.</li> <li>-Durante el primer mes de embarazo se ha retirado de forma progresiva su tratamiento antidepresivo habitual, Zyprexa (Olanzapina) 5 mg. Se precisa su nueva instauración a menor dosis (2,5 mg).</li> <li>-Rechaza tratamiento farmacológico por miedo a que afecte al bebé.</li> </ul>
<b>PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Peso de 57 Kg y altura de 160 cm; IMC de 22,26.</li> <li>-Ha engordado un kilo durante estos dos primeros meses de embarazo, se prevé que a partir del 3º mes engorde un kilo y medio al mes como ocurrió en su primer embarazo.</li> <li>-Disminución del apetito, se niega a comer, tiene que obligarla su marido.</li> </ul>
<b>PATRÓN 3. ELIMINACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No presenta ninguna alteración.</li> <li>-Micciones normales y sin incidencias (5 diarias).</li> <li>-A nivel intestinal, no refiere presentar estreñimiento ni diarreas (frecuencia de 1 deposición diaria).</li> </ul>
<b>PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabaja como profesora en un colegio de educación primaria. Actualmente está de baja por defunción de un familiar.</li> <li>-Es una persona muy activa, le gusta escalar y correr al aire libre, en la última semana no ha hecho deporte porque no tenía ganas de salir de casa.</li> <li>-No presenta ningún problema a nivel motor, pero durante la crisis de ansiedad que sufrió la semana pasada, presentó temblores generales y debilidad muscular.</li> </ul>

<b>PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiene dificultad para conciliar el sueño y se despierta en numerosas ocasiones durante la noche.</li> <li>-Duerme aproximadamente 4 o 5 horas por la noche, y como está de baja y pasa el día en casa, duerme durante el día 2 o 3 horas más.</li> <li>-No toma mediación para conciliar el sueño, solo toma antes de irse a dormir una manzanilla.</li> </ul>
<b>PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se siente un poco desorientada y confusa, no quiere aceptar la muerte de su padre.</li> <li>-Orientación espacial, temporal y personal normal.</li> <li>-Refiere haber sufrido episodios de hipomanía cuando era más joven pero nunca ha sufrido alucinaciones, ni delirios, ni ninguna alteración perceptiva.</li> <li>-No muestra alteración en la organización del pensamiento (coherente y organizado).</li> <li>-Muestra un lenguaje monótono y escaso, refiere no tener ganas de hablar.</li> </ul>
<b>PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se describe como valiente, luchadora y responsable.</li> <li>-No presenta problemas de autoestima.</li> </ul>
<b>PATRÓN 8. ROL-RELACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sus principales pilares familiares siempre han sido sus padres y su marido. Desde que fue diagnosticada de trastorno bipolar su madre y su padre han aceptado la enfermedad y la han ayudado y apoyado en todo momento.</li> <li>-Tiene una hija de 5 años.</li> <li>-Le encanta cuidar y estar pendiente de los demás. Antes de morir su padre, los llamaba todos los días, llevaba a su hija al colegio y a las actividades extraescolares y quedaba con amigas.</li> <li>-Desde la muerte de su padre no sale mucho de casa y no tiene ganas de relacionarse. Su marido y su madre están muy encima de ella, cuidándola y motivándola a salir y a hacer cosas para distraerse.</li> <li>-Su madre ha afrontado mejor la pérdida de su marido, ya que ahora su principal preocupación es el estado de salud de su hija.</li> </ul>

<b>PATRÓN 9. SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Está embarazada de 2 meses.</li> <li>-Anteriormente a la gestación, tomaba la píldora anticonceptiva (Sibilla), al dejarla no tuvo ningún problema de quedarse embarazada.</li> <li>-Su primer embarazo ocurrió sin incidencias, dejó la medicación y la volvió a tomar al dar a luz ya que empezaba a presentar algún síntoma depresivo.</li> <li>-Y en este segundo embarazo, no quiere retomar la medicación porque refiere estar bien y no estar sufriendo ninguna crisis depresiva.</li> </ul>
<b>PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sabe reconocer los síntomas de los episodios maniaco-depresivos que puede sufrir y sabe estrategias para afrontarlos, aunque ahora mismo no acude a ellas.</li> <li>-Sufrió una crisis de ansiedad por la muerte del padre, la cual no supo controlar y por ello acudió a urgencias.</li> <li>-En estos momentos no quiere hablar de lo ocurrido ni de la pérdida de su padre.</li> <li>-Refiere estar bien y no estar sufriendo un episodio depresivo.</li> </ul>
<b>PATRÓN 11. VALORES- CREENCIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No es religiosa.</li> <li>-Para ella lo más importante es la familia.</li> </ul>



## • DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En la valoración de Marjory Gordon se han detectado diferentes problemas, por ello, los dos principales diagnósticos a tratar son: riesgo de proceso de maternidad ineficaz y duelo complicado. Pero también se podrían valorar otros, aunque están relacionados con estos mismos. Entre ellos destaca; insomnio, desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades metabólicas, riesgo de deterioro parental, conocimientos deficientes, descuido personal y riesgo de soledad (31).

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería

<b>DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES</b>
00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz
00135 Duelo complicado
<b>OTROS DIAGNÓSTICOS</b>
00095 Insomnio
00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades metabólicas
00057 Riesgo de deterioro parental
00126 Conocimientos deficientes descuido personal
00054 Riesgo de soledad

## • PLANIFICACIÓN

**(00227) Riesgo de proceso de maternidad ineficaz M/P cuidado prenatal insuficiente, distrés psicológico materno y nutrición maternal inadecuada.**

Definición: Susceptible de incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar.

➤ OBJETIVOS (NOC):

Tabla 4. Objetivos del diagnóstico riesgo de proceso de maternidad ineficaz

NOC	INDICADORES
<b>(1614) Autonomía personal</b>	(161411) Participa en las decisiones de los cuidados de salud. (161413) Expresa la capacidad de hacer frente al estado de salud actual.
<b>(1607) Conducta sanitaria prenatal</b>	(160721) Utiliza medicamentos según prescripción. (160709) Realiza ejercicio regular. (160710) Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación.
<b>(1854) Conocimiento: dieta saludable</b>	(185407) Pautas nutricionales recomendadas. (185406) Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas. (185409) Cantidad diaria recomendada de vitaminas.

➤ INTERVENCIONES (NIC):

Tabla 5. Intervenciones del diagnóstico de riesgo de proceso de maternidad ineficaz

NIC
<b>(5250) Apoyo en la toma de decisiones</b>
<b>(6960) Cuidados prenatales</b>
<b>(5246) Asesoramiento nutricional</b>

**(00135) Duelo complicado R/C muerte de persona significativa y alteración emocional M/P anhelo de la persona fallecida, depresión y disminución en el desempeño de los roles vitales.**

Definición: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

➤ OBJETIVOS (NOC):

Tabla 6. Objetivos del diagnóstico de duelo complicado

<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>(1208) Nivel de depresión</b>	(120801) Estado de ánimo deprimido. (120802) Pérdida de interés por actividades. (120809) Insomnio. (120818) Soledad. (120821) Nivel de actividad alterado. (120831) Pérdida de peso. (120832) Disminución del apetito.
<b>(1409) Autocontrol de la depresión</b>	(140906) Refiere dormir de forma adecuada. (140908) Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión. (140909) Refiere mejoría del estado de ánimo. (140914) Cumple el programa terapéutico. (140915) Refiere cambios en los síntomas.
<b>(2002) Bienestar personal.</b>	(200201) Realización de las actividades de la vida diaria. (200202) Salud psicológica. (200203) Relaciones sociales. (200205) Salud física. (200207) Capacidad de afrontamiento. (200212) Desempeño de roles habituales.

➤ INTERVENCIONES (NIC):

Tabla 7. Intervenciones del diagnóstico de duelo complicado

<b>NIC</b>
<b>(5330) Control del estado de ánimo.</b>
<b>(5290) Facilitar el duelo.</b>
<b>(6160) Intervención en caso de crisis.</b>
<b>(5390) Potenciación de la autoconciencia.</b>
<b>(6040) Terapia de relajación</b>
<b>(5430) Grupo de apoyo.</b>
<b>(5240) Asesoramiento.</b>

## • EJECUCIÓN

En este caso, la paciente ha sido captada en el servicio de urgencias y derivada a su psiquiatra y a su enfermera especializada en salud mental. Enfermería juega un papel crucial para detectar y diagnosticar los problemas existentes y realizar las consiguientes intervenciones (NIC) con el fin de cumplir los objetivos (NOC) de mejorar su estado de salud y evitar otros problemas.

A partir de los dos diagnósticos principales se determinan diferentes actividades entre las que destacan las técnicas de relajación, la terapia de grupo, diferentes ejercicios para detectar su estado de ánimo y estrategias para afrontar sus cambios de humor, entre otros (Tabla 8 y 9).

Enfermería va a realizar visitas semanales con la paciente donde va a llevar a cabo las actividades propuestas y el seguimiento para ver su evolución, además también cuenta con la posibilidad de contacto telefónico en el caso de que tenga algún problema o duda.

Tabla 8. Actividades de enfermería para el diagnóstico de riesgo de maternidad ineficaz

NIC	ACTIVIDADES
<b>(5250) Apoyo en la toma de decisiones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.</li> <li>-Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.</li> </ul>
<b>(6960) Cuidados prenatales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación y alentar la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.</li> <li>-Monitorizar la ganancia de peso.</li> <li>-Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.</li> <li>-Monitorizar el estado psicológico del paciente y de su pareja.</li> <li>-Monitorizar la presencia de factores de riesgo que afecten al estado de salud del feto o de la paciente (p. ej., trastorno psiquiátrico).</li> </ul>
<b>(5246) Asesoramiento nutricional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</li> <li>-Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</li> </ul>

Tabla 9. Actividades de enfermería para el diagnóstico de duelo complicado

<b>NIC</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<b>(5330) Control del estado de ánimo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.</li> <li>-Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.</li> <li>-Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).</li> <li>-Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).</li> <li>-Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína).</li> <li>-Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario).</li> <li>-Tratar y/o manejar los efectos secundarios de la medicación o las reacciones adversas a fármacos utilizados para tratar las alteraciones del estado de ánimo.</li> <li>-Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.</li> </ul>
<b>(5290) Facilitar el duelo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.</li> <li>-Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.</li> </ul>
<b>(6160) Intervención en caso de crisis.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis.</li> <li>-Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.</li> </ul>
<b>(5390) Potenciación de la autoconciencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.</li> <li>-Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.</li> </ul>
<b>(6040) Terapia de relajación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).</li> <li>-Evaluar el nivel de energía actual disminuido, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que puedan interferir con la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.</li> <li>-Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</li> </ul>
<b>(5430) Grupo de apoyo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.</li> <li>-Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.</li> </ul>

## • EVALUACIÓN

La última parte del plan de cuidados es la evaluación, donde se valorará el progreso obtenido durante esta intervención. Con esta etapa se comprueba si la paciente ha alcanzado los objetivos establecidos previamente a través de los indicadores valorados durante las sesiones (tabla 10-11).

Se realizan evaluaciones de forma mensual y después del primer mes se observa una ganancia de peso, adecuada a su estado de embarazo, también refiere estar más descansada y conciliar mejor el sueño.

A nivel social, va poco a poco recuperando su rutina y relacionándose más con su círculo de amistades.

Por otro lado, dado su progreso se decidió retirar de forma paulatina la medicación a partir de la tercera semana, de momento la paciente está respondiendo de forma favorable. También, la terapia de grupo como herramienta de afrontamiento le ha ayudado a expresar sus sentimientos e intentar trabajar el duelo por la muerte de su padre.

Tabla 10. Indicadores del diagnóstico riesgo de maternidad ineficaz

NOC	INDICADORES	NIVEL PREVIO	NIVEL DIANA	NIVEL FINAL
(1614)	(161411) Participa en las decisiones de los cuidados de salud.	2	5	4
	(161413) Expresa la capacidad de hacer frente al estado de salud actual.	1	5	3
(1607)	(160721) Utiliza medicamentos según prescripción.	1	5	4
	(160709) Realiza ejercicio regular.	1	5	3
	(160710) Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación.	2	5	4
(1854)	(185407) Pautas nutricionales recomendadas.	2	5	4
	(185406) Ingesta diaria de nutrientes adecuada para las necesidades metabólicas.	2	5	3
	(185409) Cantidad diaria recomendada de vitaminas.	2	5	3
1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso.				

Tabla 11. Indicadores del diagnóstico duelo complicado

<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>NIVEL PREVIO</b>	<b>NIVEL DIANA</b>	<b>NIVEL FINAL</b>
<b>(1208)</b>	(120801) Estado de ánimo deprimido.	1	5	3
	(120802) Pérdida de interés por actividades.	1	5	4
	(120809) Insomnio.	1	5	3
	(120818) Soledad.	2	5	3
	(120821) Nivel de actividad alterado.	2	5	4
	(120831) Pérdida de peso.	2	5	3
	(120832) Disminución del apetito.	2	5	3
<b>(1409)</b>	(140906) Refiere dormir de forma adecuada.	1	5	3
	(140908) Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión.	1	5	3
	(140909) Refiere mejoría del estado de ánimo.	1	5	3
	(140914) Cumple el programa terapéutico.	1	5	4
	(140915) Refiere cambios en los síntomas.	2	5	3
<b>(2002)</b>	(200201) Realización de las actividades de la vida diaria.	2	5	4
	(200202) Salud psicológica.	2	5	3
	(200203) Relaciones sociales.	3	5	3
	(200205) Salud física.	2	5	3
	(200207) Capacidad de afrontamiento.	1	5	3
	(200212) Desempeño de roles habituales.	2	5	4
<b>1.Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</b>				

## **CONCLUSIONES**

Las mujeres embarazadas con trastorno bipolar, como esta paciente, suponen un reto sanitario, ya que el tratamiento a seguir se tiene que determinar de forma individualizada, en función de la historia de la paciente y sopesando los beneficios y riesgos para ella y para su hijo.

Con este caso se evidencia la eficacia de la intervención de enfermería de salud mental, ya que la realización de técnicas cognitivo-conductuales y un seguimiento activo ha permitido mejorar su estado físico y mental, además de adaptar el tratamiento farmacológico sin sufrir riesgo de episodios bipolares o problemas fetales.

Por ello, es importante la formación de los profesionales sanitarios para que puedan abordar a estos pacientes de la mejor forma posible.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Parra DG, de María VG, Sánchez CL, Iglesias SS. Enfermedad bipolar. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007;9(85):5461-8.
2. Clark CT, Wisner KL. Treatment of Peripartum bipolar disorder. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2018;45(3):403-17.
3. i Pascual EV, i Victoriano FC, Martínez-Arán A. La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar: Psiquiatría; 2005.
4. García Vega M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2011.
5. Rodado León B, Lahera Forteza G, Sáiz Ruiz J. Trastorno bipolar en embarazo y lactancia. 2017.
6. Segura Villalobos Y, Salas Jiménez E, Vindas Porras J, Rojas Ugalde L. Trastorno bipolar en el embarazo. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. 2019;9(3):6-13.
7. Garcia-Esteve L. Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia 2017.
8. Guimarães FJ, Santos FJDS, Leite AFB, Holanda VRD, Sousa GSD, Perrelli JGA. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. Enfermería Global. 2019;18(53):499-534.
9. Bhat A, Cerimele JM, Byatt N. Pregnant and Postpartum Women With Bipolar Disorder: Taking the Care to Where They Are. Psychiatric Services. 2018;69(12):1207-9.
10. Navarro C, Navarrete L, Lara M. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. Salud mental. 2011;34(1):37-43.
11. Gaviria M, Lucía S. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2008;46(1):43-54.

12. Wisner KL, Sit D, O'Shea K, Bogen DL, Clark CT, Pinheiro E, et al. Bipolar disorder and psychotropic medication: Impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Journal of affective disorders*. 2019;243:220-5.
13. Heron J, Haque S, Oyeboode F, Craddock N, Jones I. A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar Disorders*. 2009;11(4):410-7.
14. Vladimirova R, Stoyanova V, Milanova V. Bipolar affective disorder, pregnancy and childbirth: clinical characteristics and heredity. *Biotechnology & Biotechnological Equipment*. 2016;30(5):976-83.
15. Rusner M, Berg M, Begley C. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016;16(1):331.
16. Donoso EC, Martínez JC, Ivanovic-Zuvic F, Uiribe D. Enfermedad bipolar en la mujer en edad fértil. *Revista CES Medicina*. 2006;20(2):35-52.
17. Driscoll KE, Sit DK, Moses-Kolko EL, Pinheiro E, Yang A, Ciolino JD, et al. Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study. *Bipolar disorders*. 2017;19(4):295-304.
18. Inglis AJ, Hippman CL, Carrion PB, Honer WG, Austin JC. Mania and depression in the perinatal period among women with a history of major depressive disorders. *Archives of women's mental health*. 2014;17(2):137-43.
19. McCormick U, Murray B, McNew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015;27(9):530-42.
20. Byatt N, Cox L, Simas TAM, Kini N, Biebel K, Sankaran P, et al. How obstetric settings can help address gaps in psychiatric care for pregnant and postpartum women with bipolar disorder. *Archives of women's mental health*. 2018;21(5):543-51.

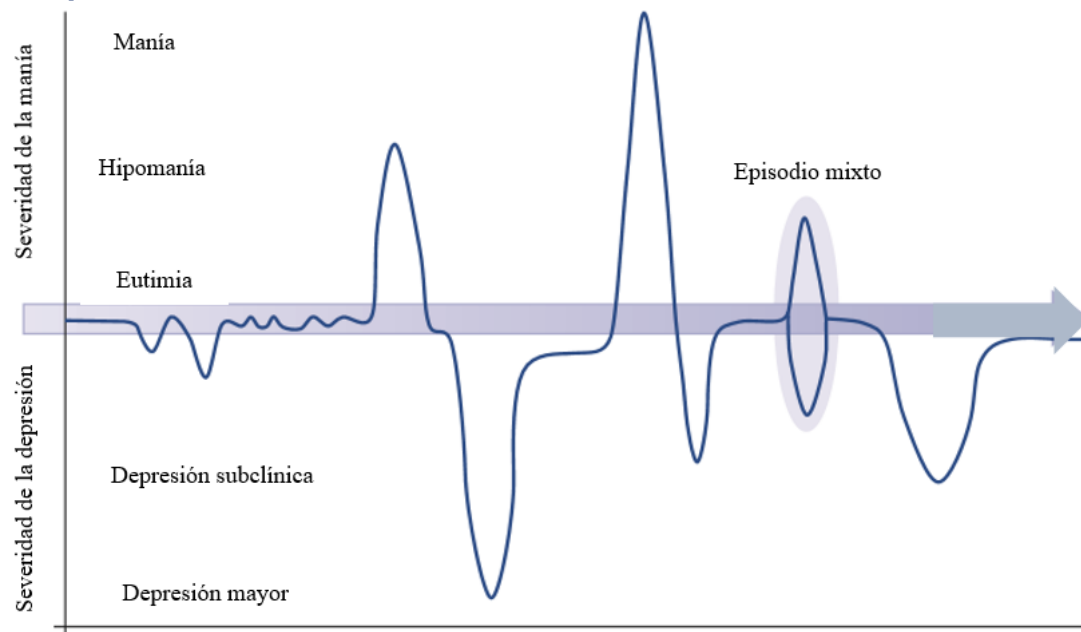
21. Retamal P, Cantillano V. Tratamiento de la enfermedad bipolar durante el embarazo y puerperio: Caso clínico. *Revista médica de Chile*. 2001;129(5):556-60.
22. Rodríguez H. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en el embarazo. *Medicina Clínica y Social*. 2017;1(1):42-8.
23. Holmgren G, Lermenda S, Cortés V, Cárdenas M, Aguirre A, Valenzuela A. Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2005;43(4):275-86.
24. Espíndola-Hernández JG, Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Meza-Rodríguez P, Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, et al. Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstétricas con trastorno mental. *Perinatología y reproducción humana*. 2006;20(4):91-7.
25. Navarro PP, Robles JT. Utilización de psicofármacos en el embarazo. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2004;11(3):142-6.
26. Munk-Olsen T, Liu X, Viktorin A, Brown HK, Di Florio A, D'Onofrio BM, et al. Maternal and infant outcomes associated with lithium use in pregnancy: an international collaborative meta-analysis of six cohort studies. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):644-52.
27. Gabriel M, Miguel A, Malalana Martínez AM, Ibone Olza Fernández D. Lactancia materna y tratamiento con litio: Caso clínico. *Archivos argentinos de pediatría*. 2018;116(2):e319-e21.
28. Sánchez BM, García CV, Ardura JG, Feroso MG, González ID, del Valle JCD. Trastorno bipolar y puerperio. Aspectos clínico terapéuticos. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*. 2012(11):108-16.
29. Sharma V, Burt VK, Ritchie HL. Evaluación y tratamiento de la depresión bipolar II posparto: Revisión. *RET: revista de toxicomanías*. 2011(64):3-13.

30. Marengo E. Pregnancy in bipolar disorders. Concepts for clinical and therapeutic management. Vertex (Buenos Aires, Argentina). 2014;25(117):357-62.

31. NNNConsult (Internet). Barcelona: Elsevier (actualizado 2014; citado 11 mar 2020). Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

## ANEXOS

### ANEXO1-Ejemplo gráfico de progresión del trastorno bipolar a lo largo del tiempo.



Fuente: Rodado León B, Lahera Forteza G, Sáiz Ruiz J. Trastorno bipolar en embarazo y lactancia. 2017.

### ANEXO 2-Ejemplo gráfico de trastorno bipolar de tipo 1.

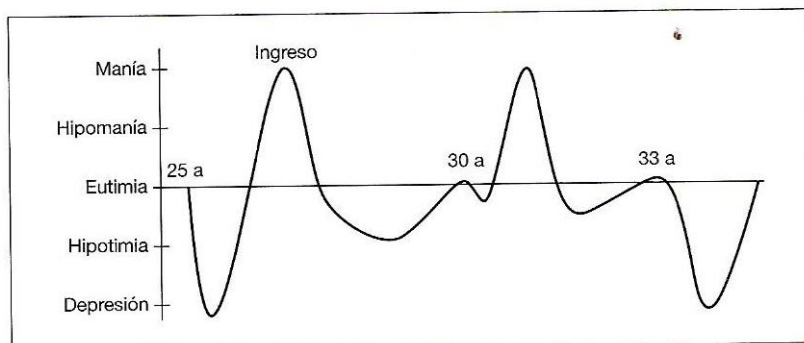


Figura 2

Fuente: i Pascual EV, i Victoriano FC, Martínez-Arán A. La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar: Psiquiatría; 2005.

### ANEXO 3- Ejemplo gráfico de trastorno bipolar de tipo 2.

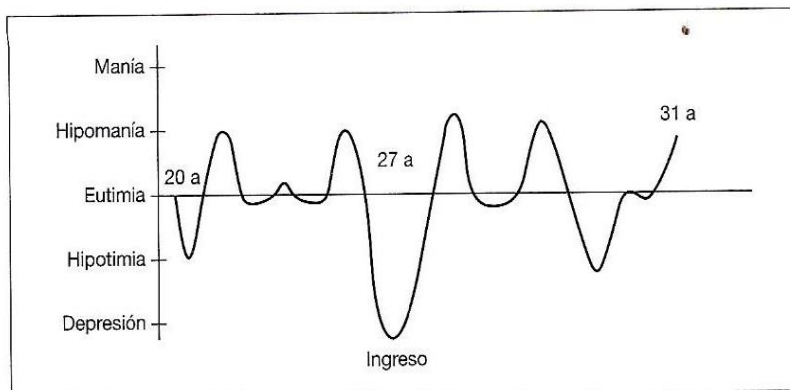
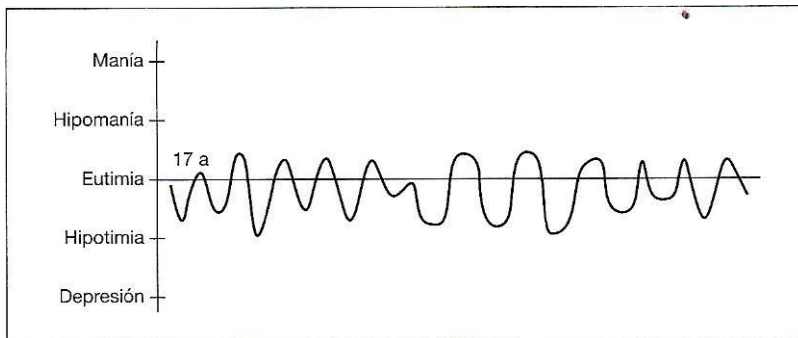


Figura 3

Fuente: i Pascual EV, i Victoriano FC, Martínez-Arán A. La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar: *Psiquiatría*; 2005.

### ANEXO 4-Ejemplo gráfico de una ciclotimia (sucesion de fases de hipomania y depresión).



Fuente: i Pascual EV, i Victoriano FC, Martínez-Arán A. La enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar: *Psiquiatría*; 2005.

## ANEXO 5- Clasificación de los trastornos del estado de ánimo (DSM-IV-TR).

TABLA 2  
**Clasificación de los trastornos del estado de ánimo (DSM-IV-TR)**

### Trastornos bipolares

F30.x	Trastorno bipolar I, episodio maníaco único
	1. Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
	2. Grave con síntomas psicóticos
	3. En remisión parcial o total
F31.0	Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco
F31.x	Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco
F31.6	Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto
F31.x	Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
F31.8	Trastorno bipolar II
F34.0	Trastorno ciclotímico
F31.9	Trastorno bipolar no específico

Fuente: Parra DG, de María VG, Sánchez CL, Iglesias SS. Enfermedad bipolar. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007;9(85):5461-8.

## ANEXO 6- Clasificación de los trastornos del humor (CIE-10)

TABLA 3  
**Clasificación de los trastornos del humor (CIE-10)**

<b>F30</b>	<b>Episodio maníaco</b>
F30.0	Hipomanía
F30.1	Maníaco sin síntomas psicóticos
F30.2	Manía con síntomas psicóticos
F30.8	Otros episodios maníacos
F30.9	Episodio maníaco sin especificación
<b>F31</b>	<b>Trastorno bipolar</b>
F31.0	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco
F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos
F31.3	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo
	.30 sin síntomas somáticos
	.31 con síntomas somáticos
F31.4	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos
F31.5	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto
F31.7	Trastorno bipolar, actualmente en remisión
F31.8	Otros trastornos bipolares
F31.9	Trastorno bipolar sin especificación

Fuente: Parra DG, de María VG, Sánchez CL, Iglesias SS. Enfermedad bipolar. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2007;9(85):5461-8.

## ANEXO 7- Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (Mood disorder Questionnaire, MDQ)

1. ¿Alguna vez ha pasado por un período en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...	Sí	No
...se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tenía mucha más energía que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si usted marcó Sí en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período? Por favor, marque con un círculo sólo 1 respuesta.		
Sí	No	
3. ¿Hasta qué punto alguna de estas situaciones le causó problemas (como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo 1 respuesta.		
Ningún problema	Pequeños problemas	Problemas moderados
Problemas graves		

Fuente: McCormick U, Murray B, McNew B. *Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2015;27(9):530-42.*



## ANEXO 8-Escala de depresión de Hamilton

### 1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

### 2- SENTIMIENTOS DE CULPA \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

### 3- SUICIDIO \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

### 4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

### 5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

### 6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

### 7- TRABAJO Y ACTIVIDADES \_\_\_\_\_ [   ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distingalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

<b>8- INHIBICIÓN</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente		
1 Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.		
2 Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).		
3 Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.		
4 Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.		
<b>9- AGITACIÓN</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente		
1 Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos		
2 Moderada: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...		
3 Intensa: no puede estar quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.		
4 Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".		
<b>10- ANSIEDAD PSÍQUICA</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente		
1 Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.		
2 Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.		
3 Intensa: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.		
4 Extrema: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.		
<b>11- ANSIEDAD SOMÁTICA</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente		
1 Ligera: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.		
2 Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.		
3 Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.		
4 Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.		
<b>12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausentes:		
1 Ligeros: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.		
2 Intensos: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.		
<b>13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausentes:		
1 Ligeros: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.		
2 Intensos: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.		
<b>14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre)</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausentes: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).		
1 Ligeros: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).		
2 Intensos: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.		
<b>15- HIPOCONDRIA</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente:		
1 Ligera: preocupado de sí mismo (corporalmente).		
2 Moderada: preocupado por su salud.		
3 Intensa: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.		
4 Extrema: ideas hipocondríacas delirantes.		
<b>16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.		
1 Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.		
2 Moderada: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.		
<b>17- PÉRDIDA DE PESO</b>	<b>[</b>	<b>]</b>
0 Ausente:		
1 Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).		
2 Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>[</b>	<b>]</b>

Fuente: Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960;23:56-62.

## ANEXO 9-Escala de manías de Young

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

### ESCALA DE MANÍAS DE YOUNG

**Población diana:** Población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado**, que consta de 11 ítems con 5 opciones de respuesta cada una. El valor de la puntuación de cada ítem está predeterminado, aunque es posible asignar valores intermedios con el fin de contrarrestar la falta de colaboración de los pacientes más graves. Se recomiendan los puntos de corte mayor o igual a 20 para manía moderada, y mayor o igual a 30 para manía grave.

	PUNTOS
<b>EUFORIA</b>	
Ausente	0
Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta	1
Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre.	2
Elevada e inapropiada	3
Grave y desorganizada	4
<b>HIPERACTIVIDAD</b>	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	1
Vigoroso/a, hipergestual	2
Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud	3
Agitación o hiperactividad constante	4
<b>IMPULSO SEXUAL</b>	
No aumentado	0
Posible o moderadamente aumentado	1
Claro aumento al preguntar	2
Espontáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales	3
Actos o incitaciones sexuales evidentes	4
<b>SUEÑO</b>	
No reducido	0
Disminución en menos de una hora	1
Disminución en más de una hora	2
Refiere disminución de la necesidad de dormir	3
Niega necesidad de dormir	4
<b>IRRITABILIDAD</b>	
Ausente	0
Subjetivamente aumentada	2
Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado	4
Predominantemente irritable, brusco y cortante	6
Hostil, no colaborador/a, no entrevistable	8
<b>EXPRESIÓN VERBAL</b>	
No aumentada	0
Sensación de locuacidad	2
Aumentada de forma fluctuante, prolijidad	4
Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva	6
Verborrea ininterrumpible y continua	8

<b>TRASTORNOS DEL CURSO PENSAMIENTO</b>	
Ausentes	0
Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento	1
Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia	2
Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia	3
Incoherencia, ininteligibilidad	4
<b>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO</b>	
Ausentes	0
Planes discutibles, nuevos intereses	2
Proyectos especiales, misticismo	4
Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia	6
Delirios, alucinaciones	8
<b>AGRESIVIDAD</b>	
Ausente	0
Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a	2
Querulante, pone en guardia	4
Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil	6
Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible	8
<b>APARIENCIA</b>	
Indumentaria apropiada y limpia	0
Ligeramente descuidada	1
Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada	2
Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo	3
Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra	4
<b>CONCIENCIA DE ENFERMEDAD</b>	
Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento	0
Según él/ella, posiblemente enfermo/a	1
Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad	2
Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad	3
Niega cualquier cambio de conducta	4
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

Fuente: Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry. 1978;133:429-35.



## ANEXO 10-Listado de síntomas generales del trastorno bipolar

### Listado de síntomas generales

<i>Eutimia</i>	<i>(Hipo)manía</i>	<i>Depresión</i>
<b>Conductas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7-8 h de sueño</li> <li>- La actividad de siempre, siguiendo cierta rutina</li> <li>- Introverso</li> </ul>	<b>Conductas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bastan 5 h de sueño</li> <li>- Descansado, plétórico de energía</li> <li>- Estoy más productivo y creativo</li> <li>- Tengo más ganas de salir</li> <li>- Estoy más comunicativo y hablador</li> <li>- Con intereses, nuevos proyectos</li> <li>- Desinhibido</li> <li>- Gasto más dinero en cosas innecesarias</li> </ul>	<b>Conductas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No puedo levantarme de la cama, tengo ganas de dormir todo el día</li> <li>- No tengo ganas de hacer nada</li> <li>- No quiero ver a nadie, prefiero estar solo</li> </ul>
<b>Pensamientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro de mí mismo, pero autocrítico en lo que se refiere a trabajo o estudios o las cosas personales</li> <li>- Creo que estoy bien</li> </ul>	<b>Pensamientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soy el mejor</li> <li>- Puedo hacer cualquier cosa con éxito</li> <li>- Sospecho de las intenciones de los demás</li> <li>- La vida y el mundo son fantásticos</li> <li>- Más optimista de lo habitual</li> <li>- Los pensamientos me vienen más rápidamente</li> </ul>	<b>Pensamientos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo me es indiferente, nada me ilusiona</li> <li>- Ganas de morir</li> <li>- No me concentro, me falla la memoria</li> <li>- No hay salida</li> <li>- No sirvo para nada</li> <li>- Me falta voluntad</li> <li>- Todo es por mi culpa</li> </ul>
<b>Emociones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me siento bien, contento en general</li> </ul>	<b>Emociones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me noto más irritable</li> <li>- Más alegre por ninguna razón especial</li> <li>- Espitoso, excitado</li> </ul>	<b>Emociones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Me siento triste</li> <li>- Estoy más irritable</li> <li>- Todo me da igual</li> </ul>

### Aprender a autoevaluarse

### Listado de síntomas individuales

<i>Eutimia</i>	<i>(Hipo)manía</i>	<i>Depresión</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No suelo leer, excepto el periódico</li> <li>- Me gustan los colores discretos para vestir</li> <li>- Tengo demasiado sentido del ridículo</li> <li>- Sólo escribo postales por Navidad y en verano</li> <li>- No soy demasiado bromista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empiezo a leer libros sobre esoterismo</li> <li>- Me paso horas colgado al teléfono</li> <li>- Me visto con colores más bien llamativos o con complementos que habitualmente no utilizo (p. ej., sombreros)</li> <li>- Estoy inquieto y fumo más</li> <li>- Me pongo a escribir cartas, poesías o novelas</li> <li>- Me siento más decidido y atrevido, incluso con desconocidos</li> <li>- Creo que todo va demasiado despacio</li> <li>- Empiezo a explicar chistes y a veces hago bromas pesadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No puedo concentrarme en nada</li> <li>- No tengo ganas de coger el teléfono</li> <li>- Dejo de lado obligaciones y responsabilidades</li> <li>- Cualquier pequeña dificultad se convierte en algo insuperable</li> </ul>

Fuente: García-Esteve L. Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia;2017.

## ANEXO 11-Efectos de la enfermedad mental no tratada

TABLA 3-7. Efectos de la enfermedad mental no tratada	
Salud materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malnutrición e incumplimiento de pautas médicas</li> <li>• Aumento del consumo de tabaco, alcohol y drogas</li> <li>• Dificultades y menor frecuencia de la lactancia materna</li> <li>• Complicaciones psiquiátricas en el posparto</li> <li>• Impacto en la familia</li> <li>• Suicidio e infanticidio (poco frecuente)</li> </ul>
Resultados obstétricos y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ↑ riesgo de parto prematuro</li> <li>• ↓ peso al nacer</li> <li>• ↑ riesgo de aborto espontáneo</li> <li>• ↑ riesgo de preeclampsia</li> <li>• ↑ riesgo de parto distócico (cesárea/partos instrumentados)</li> <li>• ↑ riesgo de pobre adaptación neonatal e ingreso en UCI neonatal</li> <li>• Llanto excesivo, irritabilidad, alteraciones del sueño, dificultades en la alimentación</li> </ul>
Neurodesarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efecto negativo en el vínculo materno-infantil</li> <li>• Dificultades con la regulación del afecto</li> <li>• Retraso cognitivo, dificultades conductuales y emocionales</li> <li>• Tasas más altas de TDAH</li> <li>• Mayor impulsividad y un menor coeficiente intelectual en la adolescencia</li> </ul>

TDAH: déficit de atención con hiperactividad; UCI: unidad de cuidados intensivos.

*Fuente: Garcia-Esteve L. Manual de psiquiatría perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia;2017.*

## ANEXO 12-Patrones de valoración de Marjory Gordon

### ANEXO I

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON

APELLIDOS: XXXXXXXXXX  
NOMBRE: XXXXXXXXXX FECHA: XXXX  
NHC: XXXXXX EDAD: 31 años  
DIAGNÓSTICO MÉDICO (DSM-IV): TRASTORNO BIPOLAR  
ALTERACIONES SOMÁTICAS: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Zyprexa 2,5 mg (OLANZAPINA)  
TERAPEUTA REFERENTE: XXXXXXXX  
ENFERMERA REFERENTE: XXXXXX  
CONSTANTES: TA: FC: → 63 Sat: 98%  
6125/65

#### 1º PATRÓN DE PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD:

ASPECTO GENERAL: Adecuado ☐ Descuidado ☒ Extravagante ☐ Meticuloso ☐

HIGIENE PERSONAL: Adecuada ☒ Deficiente ☐

HÁBITOS HIGIÉNICOS:

Ducha ☒ Frecuencia diaria Higiene dental ☒ Frecuencia diaria

Baño ☒ Frecuencia diaria Higiene cabello ☒ Frecuencia diaria

ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD: Aceptación ☐ Rechazo ☒ Indiferencia ☐

Sobrevaloración ☐ Negación ☐

ADAPTACIÓN AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO: Zyprexa 5mg antes del embarazo, se retira durante el primer mes (Olanzapina) Se retoma después del episodio depresivo 2,5mg de Zyprexa.

Cumple visitas: Si ☒ No ☐

Cumple tratamiento farmacológico: Si ☒ No ☐

Causas del incumplimiento: No cumple por negligencia e insistencia de su marido.

ADAPTACIÓN PREVIA A RÉGIMEN TERAPÉUTICO: Ella no reduce

Cumpla visitas: Si ☒ No ☐

Cumpla tratamiento farmacológico: Si ☒ No ☐

Causas del incumplimiento: \_\_\_\_\_

CONSUMO DE TÓXICOS: NO

Alcohol ☐ Cantidad / día \_\_\_\_\_ Otros ☐ Cantidad / día \_\_\_\_\_

Tabaco ☐ Cantidad / día \_\_\_\_\_ Otros ☐ Cantidad / día \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: "le pasa los días en la cama, no hace cosas ni de ducharse, hay que obligarla" dice su marido.

#### 2º PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO:

PESO: 57 TALLA: 160 → IMC = 22,26

HÁBITOS ALIMENTARIOS: Esta semana alternados.

DESAYUNO: No toma nada

ALMUERZO: una tostada

COMIDA: Ensalada y pechuga

MERIENDA: fruta

CENA: yogur y fruta

VALORACIÓN TIPO DE DIETA: Adecuada ☐ Inadecuada ☒

INGESTA: Normal ☐ Aumentada ☐ Disminuida ☒ Autónoma ☐ Asistida ☐

DATOS DE INTERÉS: Disminución de apetito.

#### 3º PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

INTESTINAL: Frecuencia: 1/día Trastornos: —

Medidas correctoras: —

VESICAL: Frecuencia: 5/día Trastornos: —

Medidas correctoras: —

CUTÁNEA: Normal ☒ Aumentada ☐ Disminuida ☐

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_



#### 4.º PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO:

MOVILIDAD: Autónomo ☒ Dependiente ☐ Ortesis ☐ Tipo: \_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO MOTOR: Inhibición ☐ Agitación ☐ Rigidez ☐

Descoordinación ☐ Temblores ☐ Estereotipias ☐ Otros: NO

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMIENTO MOTOR:

Controlable ☒ Limitante ☐ Incapacitante ☐

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN COMPORTAMIENTO MOTOR: —  
Durante la crisis de ansiedad, presenta temblores y debilidad muscular.

SITUACIÓN LABORAL: Activo ☒ Desempleo ☐ Jubilado ☐ Pensionista ☐

Profesión: Propietaria, actualmente de baja por la muerte de su padre.

ACTIVIDADES DIARIAS: Escala y cuido. Durante esta última semana no ha hecho nada.

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS: Ella siempre cocina

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

#### 5.º PATRÓN DE SUEÑO- DESCANSO:

HORAS SUEÑO NOCTURNO: 4h-5 OTROS DESCANSOS: 2 o 3 horas más.

ALTERACIONES: Conciliación ☒ Sueño interrumpido ☒ Despertar precoz ☐

Hipersomnia ☐ Cambio ritmo sueño ☐ Pesadillas ☐ Otras: \_\_\_\_\_

MECANISMOS PARA COMBATIR INSOMNIO: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: No toma medicamentos para dormir mejor, sólo manzanilla.

#### 7.º PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN:

SEGURIDAD EN SÍ MISMO: Si ☒ No ☐

AUTODESCRIPCIÓN: Valiente, responsable

AUTOESTIMA: Sobrevaloración de sus capacidades ☒

Infravaloración de sus éxitos ☐ Sobrevaloración de sus errores y desgracias ☐

AUTOVALORACIÓN: Positiva ☒ Negativa ☐

SENTIMIENTOS RESPECTO A LA AUTOVALORACIÓN: Inferioridad ☐

Inutilidad ☐ Culpabilidad ☐ Tristeza ☐ Impotencia ☐ Miedo ☐ Ansiedad ☐

Ridículo ☐ Rabia ☐ Superioridad ☐

IDEACIÓN TANÁTICA: No ☒ Si ☐ Estructura: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

#### 6.º PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO:

NIVEL DE CONCIENCIA Y ACTITUD RESPECTO AL ENTORNO:

Somnoliento ☐ Confuso ☒ Apático ☐ Hipervigilante ☐ Fluctuante ☐

ORIENTACIÓN ESPACIAL: Si ☒ No ☐

ORIENTACIÓN TEMPORAL: Si ☒ No ☐

ORIENTACIÓN EN PERSONA: Si ☒ No ☐

ORGANIZACIÓN DEL CURSO DEL PENSAMIENTO: Normal

Inhibición ☐ Aceleración ☐ Perseverancia ☐ Disgregación ☐ Incoherencia ☐

ORGANIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Coherente y organizado ☒ Distorsionado ☐ Ideación delirante ☐

ALTERACIONES PERCEPTIVAS: Si ☐ No ☒

Auditivas ☐ Visuales ☐ Olfativas ☐ Cenestésicas ☐

Descripción: \_\_\_\_\_

EXPRESIÓN DEL LENGUAJE:

Disgregado ☐ Verborreico ☐ Monótono ☒ Monosilábico ☐ Neologismos ☐

Otros ☐ Especificar: Escaso

Alteraciones en el volumen: Si ☐ No ☒ Descripción: \_\_\_\_\_

Alteraciones del tono y/o la modulación: Si ☒ No ☐ Descripción: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: habla cansada  
No tiene ganas de hablar. Época de hipomanía con menos años, no presenta alteración perceptual.



8.º **PATRÓN DE ROL-RELACIONES:**

ESTRUCTURA FAMILIAR (FAMILIOGRAMA):

PERSONA DE SOPORTE: Padres y marido.

LUGAR DENTRO DE LA FAMILIA Y ROL DESARROLLADO: Mujer, hija y madre responsable.

Cuida de todos y se cuida a sí misma. Aunque este tiempo no lo ha realizado.

REACCIÓN DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD: Aceptación y apoyo.

PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA DIARIAMENTE: Marido, hija, su madre,

amigos del barrio y compañeros del trabajo

TIPO DE RELACIÓN: Satisfactoria ☒ Insatisfactoria ☐ Indiferente ☐

TIPO DE RELACIÓN CÍRCULO DE AMISTADES:

Satisfactoria ☒ Insatisfactoria ☐ Indiferente ☐ No posee ☐

TERAPIA PSICO-EDUCATIVA: Si ☒ No ☐ Especificar Va al psiquiatra cada cierto

tiempo para controles y realizar revisiones del tratamiento. Bipolar.

DATOS DE INTERÉS: Durante la última semana apenas se relaciona con su círculo de amistades.

Si marido de escasa presencia de su hija y de ella, con ayuda de la madre de ella.

9.º **PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN:**

ACTIVIDAD SEXUAL: Satisfactoria ☒ Insatisfactoria ☐ No posee ☐

DISFUNCIONES SEXUALES: Si ☐ No ☒

CONOCIMIENTOS/ USO MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS: Si ☒ No ☐

MENSTRUACIÓN: Si ☐ No ☒ Menopausia ☐ Alteraciones ☐

Especificar alteraciones: EMBARAZO de 2 meses

REVISIONES GINECOLÓGICAS ANUALES: Si ☒ No ☐

DATOS DE INTERÉS: antes del embarazo tomaba la pastilla anticonceptiva.

10.º **PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

ESTADO DE TENSIÓN/ ANSIEDAD: Generalizado ☐ Temporal ☐

FACTORES DESENCADENANTES: Ideas/ pensamientos ☒ Miedos/ fobias ☐

ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN Y/ O CONTROL DE LA ANSIEDAD:

Somatizaciones ☐ Drogas/ Alcohol/ Tabaco/ Juego patológico ☐ Inhibición ☐

Análisis del problema ☒ Compartir/ Comentar ☒ Otras ☐

Especificar: Suele usar estas estrategias, pero en esta ocasión no le apte.

DATOS DE INTERÉS: Crisis de ansiedad desencadenada por pérdida patern.

No refiere sufrir un episodio depresivo.

11.º **PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS:**

CREENCIAS RELIGIOSAS: Si ☐ No ☒

Especificar:

VALORES FAMILIARES: Ella es muy familiar, para ella es lo más importante.

DATOS DE INTERÉS:

D.U.E:

Fuente: elaboración propia.

Hospital Universitario Reina Sofía  
Menéndez Pidal, s/n 14004 Córdoba Tel. 957 010 000

7.40

nº historia clínica

apellidos XxxXx

2.1.1.6 (38)

21/06/8  
fecha nacimiento

nombre X X X X X edad 31

人人

X X X X X  
nº seguridad social/tarjeta sanitaria

apellidos, nombre

[illegible]

servicio

URGENCIAS / PSIQUIATRÍA

12/6/1988

fecha

ubicación ☐ h. general ☐ h. provincial ☐ h. materno infantil ☐ h. los morales ☐ consulta externa

planta \_\_\_\_\_ cama \_\_\_\_\_ consulta externa n° \_\_\_\_\_

alergias ☒ si ☐ no penicilina motivo de consulta Ataque de ansiedad dirigido a consulta n° XXx

<input type="checkbox"/>	hemograma
<input checked="" type="checkbox"/>	bioquímica
<input type="checkbox"/>	gasometría
<input type="checkbox"/>	coagulación
<input type="checkbox"/>	enemas
<input type="checkbox"/>	test de gestación
<input type="checkbox"/>	sedimento
<input type="checkbox"/>	combur test
<input type="checkbox"/>	detección tóxicos
<input type="checkbox"/>	TAC
<input type="checkbox"/>	quirófano
<input type="checkbox"/>	interv. menor
<input type="checkbox"/>	ECG
<input type="checkbox"/>	ecografía
<input type="checkbox"/>	rayos X
<input type="checkbox"/>	SNG
<input type="checkbox"/>	sonda vesical nº _____
<input type="checkbox"/>	suelo lavador

hora	16:00h	21:00h				
temperatura	36°	36,2°				
pulso	120	75				
presión arterial	170/100	125/65				
Frecuencia Resp.	31	21				
diuresis	—	—				
vómitos	—	—				
deposición	—	—				
convulsión	—	—				
oxígeno	97%	97%				
incontinencia	—	—				
aerosoles	—	—				
medicación/via	hora	firma	medicación/via	hora	firma	

Presenta Tremor generalizado, debilidad muscular e hipernea.

Dato precordial, sin irradiarse al brazo.

Presenta trastorno Bipolar II y Embarazo (2 meses)

CATETER
central
n°

15

OJOS

4 espontáneamente  
3 tras orden verbal  
2 al estímulo doloroso  
1 no los abre

**RESPUESTA MOTORA**  
6 obedece órdenes  
5 localiza el estímulo  
4 retira  
3 flexión anormal  
2 extensión  
1 ninguna

### RESPUESTA VERBAL

5 orientado  
4 conversación confusa  
3 palabras inapropiadas  
2 sonidos incomprensibles  
1 ninguna

fdo. enfermera/o

fdo. enfermera/o

RG-449

## REGISTRO DE ENFERMERÍA

- ☐ RX \_\_\_\_\_
- ☐ cura \_\_\_\_\_
- ☐ anestesia local \_\_\_\_\_
- ☐ sutura \_\_\_\_\_
- ☐ prof. antitética \_\_\_\_\_
- ☐ vendaje \_\_\_\_\_
- ☐ férula \_\_\_\_\_
- ☐ tracción \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIONES

ECG y analítica normal. Se descarta Infarto agudo de miocardio.

Se deriva a psiquiatría, debido a su trastorno bipolar de tipo II.

Se le administra un ansiolítico: Diazepam (Valium) en baja dosis.

Constantes vitales normalizadas.

Se le da el alta, tiene que ver a su psiquiatra a los dos días para decidir su tratamiento farmacológico adecuado.

fdo. enfermera/o trauma



OBJETOS PERSONALES ENTREGADOS A

Fuente: elaboración propia.