

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

2012-2013

Trabajo Fin de Grado

Cuidados en el Trastorno Bipolar: Adherencia y Complicaciones

-Autora-

Laura Torres Collado

-Tutora-

Genoveva Granados Gámez

Contenido

Resumen	1
1. Introducción	2
2. Desarrollo	5
2.1 Trastorno bipolar	5
2.1.1 Trastorno Bipolar I.....	8
2.1.2 Trastorno Bipolar II.....	10
3. Complicaciones potenciales	13
3.1 Adherencia al tratamiento	13
3.2 Suicidio	14
4. Caso Clínico	16
4.1 Valoración de enfermería.....	17
4.2 Principales diagnósticos (NANDA) e intervenciones de enfermería (NIC).....	19
5. Discusión	20
6. Conclusiones.....	20
7. Bibliografía	21

Resumen

Las alteraciones del estado del ánimo son el fundamento de los trastornos afectivos, presentando la persona sentimientos y conductas, que pueden ir desde la tristeza a la euforia.

Una de las alteraciones del estado del ánimo es el Trastorno Bipolar que ha sido clasificado como la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento, lo que justifica la realización de este estudio, cuyo propósito es actualizar el conocimiento a través de una revisión bibliográfica utilizando buscadores electrónicos.

La bibliografía consultada informa que el Trastorno Bipolar es una enfermedad crónica e incapacitante que se caracteriza por provocar en la persona afectada cambios patológicos y recurrentes en el estado de ánimo, de tal modo que se van a alternar períodos de una profunda exaltación y un nivel de actividad exagerados (manía o hipomanía), con períodos de depresión. Es importante destacar que la incidencia del suicidio en estos pacientes, es del 15%, con una tasa 44 veces superior a la población general, siendo el trastorno bipolar y las depresiones los que encabezan el riesgo de suicidio dentro de las enfermedades mentales.

Se concluye que la falta de adherencia al tratamiento es un factor de riesgo importante en estos pacientes; que las intervenciones de enfermería son claves en el seguimiento de las recomendaciones prescritas y, que la correcta toma de la medicación (litio) puede disminuir complicaciones como el suicidio.

1. Introducción

En la expresión verbal de la afectividad humana utilizamos una serie de palabras para indicar cómo nos sentimos con nosotros mismos, e incluso las usamos como evidencias de nuestro estado emotivo en la relación con los demás. En estas situaciones generalmente hacemos referencia a los términos estado del humor, de la afectividad o del estado de ánimo.

Dada la importancia que los diferentes estados afectivos tienen para nuestra salud mental, se hace imprescindible aproximarnos a su área de estudio, definiendo los significados de cada uno de los términos, de uso cotidiano, que a lo largo de la historia, se han constituido en algunos de los conceptos básicos en el área de la salud mental. Así, el diccionario de la Real Academia de la lengua Española¹ recoge por estado del Humor, “el estado afectivo que se mantiene por algún tiempo”, refiriéndose a la afectividad como la “cualidad de afectivo, el desarrollo de la propensión a querer, el conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona y la tendencia a la reacción emotiva o sentimental”; y sobre el estado de ánimo el “alma o espíritu en cuando es principio de la actividad humana. Valor, esfuerzo, energía. Intención, voluntad. Atención o pensamiento.

Desde la antigüedad nos encontramos descripciones clínicas de las alteraciones del estado de ánimo, con Hipócrates (460-377 a.C), este tipo de trastornos se incluía en la denominada melancolía (depresión), vocablo que aún perdura. Para Hipócrates las enfermedades eran causadas por los humores corporales, entre los que se contaba con la bilis negra, bilis, flema y sangre, dónde el exceso o el defecto de estas, producía una alteración en la afectividad del sujeto². También, desde antiguo, se sospecha la relación entre la melancolía y la manía, pues se observa que ambos trastornos cursan en periodos contiguos. Han de pasar varios años hasta que Falret (1794-1870) comience a hablar de “locura circular”, reseñando diferencias con la melancolía como son la aparición sucesiva de accesos de manía y melancólicos, con intervalos de lucidez de variada extensión. Durante la época de Kraepelin (1856-1926) se incluyeron en las psicosis maniaco-depresivas todas las psicosis afectivas, agregando las depresiones endógenas, pese a que no estuviesen asociadas a la manía. Posteriormente, en 1957 se propone la separación de los trastornos afectivos en función de la presencia o no de manía, dividiéndolos en trastornos monopolares y bipolares¹.

Es obvio, que ha existido una evolución cambiante del concepto de trastorno del estado del ánimo. En este contexto, siguiendo a M. Ugalde, los trastornos del estado de ánimo tienen su expresión en dos formas clínicas bien diferenciadas y extensamente estudiadas, depresión y manía, según esta autora ambos términos vienen a denominar los dos extremos del estado anímico que conducen a alteraciones en la esfera afectiva del sujeto, como son la tristeza y la alegría patológica. Actualmente, en la clasificación de la OMS, CIE-10 (2001) se define los “trastornos del humor [afectivos] como “Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a depresión (con o sin ansiedad concomitante) o a la euforia. Este cambio de humor, se acompaña habitualmente de modificaciones en el grado general de la afectividad, y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a estos cambios del ánimo y de la actividad, o bien, fácilmente explicables en el contexto de los mismos. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes, a menudo, el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos, situaciones creadoras de estrés”³.

En el año 1994, se publicó el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales conocido por DSM-IV por la Asociación Americana de Psiquiatría que contiene una clasificación de trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas con el fin de que los clínicos puedan diagnosticar e investigar y tratar los distintos trastornos mentales. Tanto el CIE-10 como el DSM-IV-TR, establecen nomenclaturas diferentes pero muy cercanas que son las utilizadas para definir cada una de las formas existentes en los trastornos del humor:

Las alteraciones del estado del ánimo son el fundamento de los trastornos afectivos, apareciendo un curso caracterizado por sentimientos y conductas, desde la tristeza a la euforia, presentándose manifestaciones como:

- Depresión: Estado de ánimo caracterizado por tristeza, baja energía, apatía, falta de interés, propensión al llanto, irritabilidad, alteración del sueño y del apetito, retraimiento social e ideas de muerte.
- Manía. Estado de ánimo expansivo, locuacidad, alegría excesiva, inquietud motora, irritabilidad ante mínimas frustraciones, alteración del sueño (insomnio) y alteración del apetito (comer mucho o, situaciones antagónicas). En casos severos podemos encontrar síntomas psicóticos como delirio y/o alucinaciones.

- Hipomanía: Episodio en el que encontramos semejantes síntomas que en la manía pero con menor severidad (exceptuando los síntomas psicóticos). En este caso, la persona puede sentirse mejor, siendo más productivo en los diferentes ámbitos de su vida y tener un humor más acrecentado de lo normal. Este estado raramente se mantiene indefinidamente, suele ser la puerta de paso hacia la manía o la depresión.
- Ciclotimia: Estado caracterizado por cambios bruscos de humor pero menos intensos.
- Trastorno bipolar: Enfermedad de etiopatogenia variable (genética, biológica y psicosocial), caracterizada por cambios bruscos en el estado de ánimo de la persona (sentimientos desproporcionados de tristeza o euforia); ansiedad; alteraciones del sueño, del apetito y de la sexualidad; y alteraciones conductuales generalizadas con afección importante desde el punto de vista psicosocial.

La importancia del estudio de los trastornos afectivos viene determinada porque al menos, una de cada cinco consultas que se efectúan se realiza por una persona que sufre problemas de salud mental y de comportamiento, y que un 20%-25% de la población los sufre en un momento de su vida, siendo el 40% de ellos trastornos afectivos⁴. De manera específica La Organización mundial de la Salud (OMS) afirma que el trastorno bipolar se ha clasificado como la sexta causa mundial de carga social y sufrimiento, y la sexta en discapacidad entre los jóvenes⁵.

El trastorno bipolar se presenta en todo tipo de culturas y razas, siendo ligeramente más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino. Presenta una prevalencia del 1-1.5% de la población general. La proporción de mujeres aumenta a medida que predomina la depresión sobre la manía, de forma que en los bipolares I, la distribución es cercana al 50%, mientras que en los bipolares II hay dos mujeres por cada hombre. No encontrándose una edad estipulada para el inicio de la enfermedad, y dónde los factores genéticos parecen tener una influencia importante, así como, la existencia de antecedentes familiares⁴. Sobre el proceso de la enfermedad cabe destacar, que la incidencia del suicidio en estos pacientes, es del 15%, con una tasa 44 veces superior a la población general, siendo el trastorno bipolar y las depresiones los que encabezan el riesgo de suicidio dentro de las enfermedades mentales. Estos porcentajes aumentan la

letalidad si se combina con otra alteración psiquiátrica (personalidad límite o antisocial, abuso de sustancias).

Para finalizar, en cuanto a la necesidad de ayuda de estos pacientes, es necesario que el personal de enfermería conozca las características de la enfermedad así como presenten el conocimiento adecuado de un marco de trabajo basado en la evidencia que permita tener un buen juicio clínico así como tener en cuenta las necesidades individuales de cada paciente proporcionando unos cuidados de calidad.

Una vez justificada la importancia que los trastornos afectivos tienen en la salud mental, el propósito de este trabajo es actualizar el conocimiento y de manera específica lo que la bibliografía revisada aporta sobre el Trastorno bipolar. Conocimientos que los profesionales de enfermería utilizan en la relación de ayuda que se ha de mantener con los pacientes diagnosticados de este proceso.

Para orientarnos en el proceso de desarrollo del trabajo, hemos planteado los siguientes objetivos:

- Describir el Trastorno Bipolar, la prevalencia de de esta patología, así como el tratamiento más frecuente.
- Exponer las complicaciones derivadas de la falta de adherencia del tratamiento como el Suicidio y las necesidades.
- Presentar un caso clínico, los problemas y las intervenciones de enfermería inherentes al mismo.

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando buscadores electrónicos de bases de datos (por ejemplo, MEDLINE, Cochrane y Scopus). Además de los artículos, se revisaron capítulos de libros y otras publicaciones conocidas. Las palabras clave utilizadas son: Enfermería, Trastorno Bipolar, Riesgo de Suicidio, Trastornos afectivos, Adherencia al tratamiento, Cuidados.

2. Desarrollo

2.1 Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maniaco-depresiva es un trastorno del estado de ánimo, considerada como una enfermedad crónica e incapacitante. Esta enfermedad se caracteriza por alternar periodos de una profunda

exaltación y un nivel de actividad exagerados (manía o hipomanía), con periodos de depresión. Esta enfermedad, cursa con largos periodos, asociándose a una marcada disfunción entre los episodios, dónde consecuentemente los individuos pasan una importante parte de sus vidas indispuestos. Por ello, se asocian unas altas tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad y una propensión hacia el uso indebido de sustancias que limitan la detección y el tratamiento efectivo⁶. La enfermedad, por sus características confiere un alto riesgo de lesión y suicidio¹ y, en la práctica a menudo el diagnóstico es tardío, ocasionando un generalizado manejo subóptimo del trastorno. De forma habitual suele hablarse de trastorno bipolar, pero el tipo de síntomas junto a su duración y la forma en que los distintos períodos se suceden, muestran una amplia variedad de síntomas durante el proceso⁷.

Tabla I. Síntomas de la depresión y la manía

Síntomas de la depresión	Síntomas de la manía
- Tristeza, llanto frecuente, labilidad emocional.	- Humor elevado, euforia desmedida e injustificada.
- Estupor depresivo (inhibición motora muy marcada).	- Irritabilidad excesiva o cambios bruscos.
- Ideas de suicidio o muerte.	- Verborrea.
- Alteraciones del sueño (insomnio o excesiva somnolencia).	- Insomnio.
- Alteraciones del apetito.	- Inquietud psicomotora o agitación.
- Irritabilidad.	- Pensamiento superficial.
- Decaimiento psicofísico generalizado.	- Alucinaciones (en casos graves)
- Malos resultados escolares o cambios en la relación social.	- Pérdida o incremento del apetito.
	- Desinhibición sexual.

En cuanto a las manifestaciones, en la tabla 1 se presentan los síntomas que caracterizan las fases del trastorno bipolar y que convierten al paciente en dos estados, aparentemente, totalmente opuestos.

Para entender mejor las fases del trastorno bipolar, describimos a continuación los diferentes trastornos del estado de ánimo que se relacionan directamente con este proceso³:

- El trastorno depresivo mayor, se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p.ej, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de la depresión).
- El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay información inadecuada o contradictoria).
- El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado del ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

Como se ha comentado previamente, el trastorno bipolar implica la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores. La presentación de uno u otro estado, así como su alternancia en la expresión de los síntomas, van a definir las características que permiten establecer la diferencia entre Trastorno Bipolar I y Trastorno Bipolar II, como describimos a continuación.

2.1.1 Trastorno Bipolar I

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales conocido por DSM-IV por la Asociación Americana de Psiquiatría caracteriza el Trastorno Bipolar I como:

El trastorno Bipolar I, esta caracterizado principalmente por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente, que los sujetos hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, otros tratamientos somáticos de la depresión, episodios esquizoafectivos, una droga o la exposición a un tóxico, no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. La recidiva del trastorno bipolar tipo I viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o un intervalo entre los episodios de al menos dos meses sin síntomas maníacos. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales (o el más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

Este tipo, presenta una serie de características descriptivas y trastornos asociados. Tanto es así que, el suicidio consumado se produce en el 10-15% de los sujetos con trastorno bipolar I. Durante los episodios maníacos graves pueden llegar a producirse agresiones a los hijos, al cónyuge y otros comportamientos violentos. Existen problemas asociados a este tipo como son ausencia escolar, fracaso escolar o laboral, divorcio y comportamiento antisocial episódico. Otros trastornos asociados incluyen, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastornos relacionados con sustancias.

No existen hallazgos de laboratorio que diferencien los episodios depresivos mayores de este tipo de trastorno bipolar, sin embargo, en cuanto a los hallazgos de la exploración física podemos decir que existe una edad de inicio de un primer episodio maníaco, después de los 40 años se debe alertar sobre la posibilidad de que los síntomas se deban a enfermedad medica o al consumo de la sustancia. No existen datos que indiquen una incidencia diferencial del trastorno bipolar I en razón de la raza a que se pertenezca. Los episodios mixtos parecen ser más proclives en este tipo de trastorno en producirse en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores.

Algunos estudios epidemiológicos recientes realizados en Estados Unidos, muestran que el trastorno bipolar I tiene una frecuencia prácticamente idéntica en varones y en mujeres (a diferencia del trastorno depresivo mayor, que es más frecuente en mujeres). El sexo, parece estar relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos y depresivos mayores. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco mientras en mujeres un episodio depresivo mayor. Las mujeres con trastorno bipolar I tienen mayor riesgo de presentar episodios posteriores (a menudo psicóticos) en el periodo del posparto inmediato o bien tienen su primer episodio durante el periodo de posparto. El periodo premenstrual puede asociarse con un empeoramiento de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco ya existente. La prevalencia del trastorno bipolar I en las muestras de población general varía entre el 0,4 y el 1,6%.

En cuanto al curso del trastorno bipolar I, hay que decir que es un trastorno recidivante, más del 90% de los sujetos que tienen un episodio maníaco único presentará futuros episodios. Aproximadamente el 60-70% de los episodios maníacos se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. La cantidad de episodios a lo largo de la vida tiende a ser mayor en el trastorno bipolar I que en el trastorno depresivo mayor. Los estudios de curso del trastorno bipolar I previos al tratamiento de mantenimiento con litio sugieren que se presentan cuatro episodios por cada 10 años por término medio. El intervalo de estos episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Hay indicios de que los cambios del ritmo vigilia-sueño, pueden precipitar o exacerbar un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Aproximadamente el 5-15% de los sujetos con trastorno bipolar I presentan múltiples episodios afectivos en un año. El patrón de ciclos rápidos se asocia a un mal pronóstico.

Por otra parte, es importante diferenciar entre el Trastorno Bipolar I del resto de trastornos. En primer lugar, el trastorno bipolar I, se distingue del trastorno depresivo mayor y del trastorno distímico por la historia a lo largo de la vida, al menos un episodio maníaco o mixto. El trastorno bipolar I, se distingue del trastorno bipolar II por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el trastorno bipolar I. El trastorno bipolar I se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto después de los primeros 2 años de un trastorno

ciclotímico, se pueden diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. El diagnóstico diferencial entre el trastorno bipolar I y los trastornos psicóticos es a veces muy difícil, ya que estos comparten muchos de los síntomas en su presentación (p.ej, ideas de grandiosidad y persecución, irritabilidad, agitación y síntomas catatónicos).

Por último, si se da una alternancia muy rápida (en días) entre los síntomas maníacos y los síntomas depresivos, que no cumplen los criterios de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno bipolar no especificado³.

2.1.2 Trastorno Bipolar II

El DSM-IV, hace referencia al tipo II como curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores (criterio A) acompañados por al menos un episodio hipomaníaco (criterio B). Los episodios hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico del trastorno bipolar II (Criterio C). Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, otros tratamientos somáticos o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad medica, al igual que en el tipo I, no se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismos, pero sí como consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones. Los sujetos con un trastorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o los familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II.

En cuanto a las características descriptivas y trastornos mentales asociados hay que decir que en el trastorno bipolar II, el suicidio consumado es un riesgo importante ya que se da en el 10-15% de las personas con trastorno bipolar II. En este tipo, las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden asociarse con este tipo. Los trastornos mentales asociados incluyen el abuso o la dependencia de sustancias, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastorno límite de la personalidad.

El trastorno bipolar II, parece ser más frecuente en las mujeres que en los varones. Las mujeres con un trastorno bipolar II parecen tener un mayor riesgo de presentar episodios posteriores en el período inmediato al parto. Los estudios en la población general sugieren que la prevalencia del trastorno bipolar II, es aproximadamente del 0,5%.

Al igual que en el trastorno bipolar I, aproximadamente el 60-70% de los episodios maníacos se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor con un patrón característico especial para cada persona. Aproximadamente el 5-15% de los sujetos con trastorno bipolar II presentan múltiples episodios afectivos (depresivos mayores, maníacos, mixtos, o hipomaníacos) en el periodo de un año, disminuyendo con la edad.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar II vuelven a la normalidad total entre los episodios, aproximadamente el 15% sigue mostrando labilidad del estado del ánimo y problemas interpersonales y laborales. A lo largo de 5 años, entre el 5-15% de los sujetos con el trastorno bipolar II presentaran un episodio maníaco. Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con un trastorno bipolar II tienen unas tasas aumentadas de trastorno bipolar II, trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor en comparación con la población general. En cuanto a los diagnósticos diferenciales relacionadas con estas patologías sigue el mismo patrón que para las diferenciaciones del tipo I comentado previamente, excepto para los trastornos psicóticos, ya que tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes, lo que lo diferencia del Trastorno Bipolar II. Otras consideraciones útiles son los síntomas asociados, el curso y la historia familiar³.

El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar constituye un elemento indispensable en todas sus fases ya que con este, se intenta reducir la intensidad, frecuencia y

consecuencia de los episodios agudos y mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida de estos pacientes¹⁶ En general, la toma de decisiones acerca del tratamiento es complicada y en muchos casos se opta por la politerapia, dependiendo también del estado en el que se encuentre el paciente. Actualmente el Litio es el fármaco de elección en el tratamiento del trastorno bipolar, de hecho, la aparición del litio en los años 50 constituyó un cambio radical en el tratamiento y el pronóstico. Aun así, desde entonces se han incorporado números fármacos, como los anticonvulsivos, los antipsicóticos, las benzodiacepinas y los antidepresivos.

Tabla II. Fármacos de elección en el tratamiento del TB.

Estabilizadores		Antipsicóticos		Antidepresivos	Ansiofíticos
	Anticonvulsivos	Primera generación	Segunda generación		
Litio	Valproato Sódico Carbamacepina Oxcarbamepina Lamotrigina	Clorpromacina Haloperidol Levomepromacina Perfenacina	Risperidona Olanzapina Quetiapina Ziprasidona Aripiprazol Paliperidona Asenapina Amisulpiride Clozapina	ADT ISRS Duales NASSA Bupropion	Benzodiacepinas

La tabla anterior describe las opciones farmacológicas más utilizadas, para el tratamiento de esta enfermedad según las condiciones del paciente.

El tratamiento farmacológico es imprescindible y su abandono constituye la primera causa de recaída¹⁶. La baja adherencia al tratamiento es, por tanto, un aspecto crucial sobre el que hay que insistir en la comunicación con el paciente.

Hay que añadir, que en las últimas décadas el tratamiento del TB ha mostrado un interés creciente por el desarrollo de terapias psicosociales que pretenden dar un abordaje complementario al tratamiento farmacológico. Entre las principales intervenciones psicosociales, destaca la psicoeducación la cual intenta proporcionar un marco teórico y práctico en el cual los afectados puedan comprender y afrontar el trastorno y sus consecuencias. Por otra parte, la terapia cognitivo- conductual, las intervenciones familiares o bien la terapia interpersonal. Todas estas, pretenden contribuir a la disminución de las recaídas compartiendo diferentes objetivos terapéuticos como son:

- Información acerca de la enfermedad y sus tratamientos; Promover el cumplimiento terapéutico; Entrenar a los pacientes en la detección y manejo de pródromos; Promover conductas saludables y advertir sobre conductas de riesgo con el objetivo de fomentar un estilo de vida que reduzca las complicaciones.¹⁴

3. Complicaciones potenciales

3.1 Adherencia al tratamiento

Según la OMS, la adherencia se define como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del profesional de la salud que ha aceptado. En los pacientes con trastorno bipolar, la falta de adherencia al tratamiento tiene importantes repercusiones clínicas y económicas. Diversos estudios muestran un mayor riesgo de suicidio⁹, un aumento de la recurrencia y síntomas activos de la enfermedad así como una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Las diferencias que se observan en las tasas de eficacia vienen determinadas por la falta de adherencia al tratamiento¹⁰. La falta de adherencia a la medicación en los pacientes con trastorno bipolar se estima alrededor del 41% y J. Scott señala también que una de cada tres personas con trastorno bipolar deja de tomar al menos un 30% de su medicación¹¹. La mala adherencia puede ser absoluta (negligencia completa de las indicaciones dictadas por su médico), parcial selectiva (el paciente rechaza un determinado tipo de tratamiento pero no otro), intermitente (con vacaciones de tratamiento) o tardía (el paciente sigue las prescripciones tras sufrir varias recaídas)⁸.

Hay pruebas sólidas de que el tratamiento de mantenimiento a largo plazo con sales de litio reduce considerablemente el riesgo de conductas suicidas en pacientes bipolares; y moderada evidencia de que se produce una reducción similar del riesgo en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente. Este efecto se produce, a pesar de que las sales de litio pueden ser utilizadas como un medio para suicidarse por su elevada toxicidad en sobredosis. En el caso de necesitar discontinuarlo, debe hacerse lentamente durante al menos dos semanas, ya que la tasa de suicidios es dos veces más baja con la retirada lenta (durante semanas) que con la rápida¹². Los fármacos anticonvulsivos no han demostrado reducción en las tasas de suicidio consumado o intentado; por lo cual el litio se propone como el tratamiento de primera elección en pacientes bipolares con riesgo suicida¹².

Para aquellos pacientes que no presentan una alta adherencia al tratamiento o bien, rechazan llevarlo a cabo, existe una serie de actuaciones que pueden llevarse a cabo por parte de los profesionales. La más destacada consiste en el entrenamiento del profesional con conocimiento técnico y práctico permitiendo desarrollar habilidades. Se proponen cinco pasos de acercamiento o aproximación del agente de salud para el aumento de la adherencia terapéutica. El primer paso consiste en la “reflexión práctica”, en este el profesional debe reflexionar acerca del grado de adherencia que desea conseguir, estableciendo un feedback con el paciente. En el segundo paso, el profesional debe “reflexionar sobre las diferencias” en las que pueden presentarse en tratamiento en diferentes edades y personas. Se debe integrar la información existente en la experiencia clínica junto con su conocimiento para proveer tratamientos más efectivos. El tercer paso es de la “colaboración familiar” que busca el enganche familiar, ya que este impacta positivamente o negativamente en la adherencia del tratamiento. Los programas de educación familiar, proporcionan gran disposición por parte del personal, con acceso a la información lo que permite mayor involucración terapéutica por parte de la familia. El cuarto paso consiste en el “rol de la evaluación”, este paso permite redireccionar el proceso de aprendizaje, apoyándose en las fortalezas que aporta el paciente y mejorando áreas más débiles por parte del paciente. El último paso consiste en la “investigación”, que puede ser llevada por el personal sanitario, abordando la relación terapia farmacológica y adherencia al tratamiento.¹⁶

Todas estas actividades, deben de estructurarse en programas bien definidos y evaluables con la máxima evidencia posible. Uno de los riesgos más importantes en la no adherencia del tratamiento, es el suicidio, como veremos a continuación.

3.2 Suicidio

La conducta suicida constituye un problema de salud pública de primer orden en el que se ven implicados factores psicológicos, biológicos y sociales, supone, además, una causa frecuente de utilización de las Urgencias Hospitalarias, por lo que resulta de capital importancia la adquisición de habilidades para su manejo.

De forma general, podemos distinguir entre:

- Suicidio auténtico, ya sea consumado o frustrado, caracterizado por el uso de un método eficaz, con firme intencionalidad de quitarse la vida.

- Parasuicidio, intento de suicidio o gesto suicida, cuyos métodos no persiguen producir la muerte, sino una forma de manipulación, una demostración de valor o ira e incluso una forma de procurarse un cambio en la situación personal.

Como ya decíamos anteriormente, la incidencia de suicidio en pacientes con trastornos afectivos es del 15%, una tasa de suicidio 44 veces mayor al resto de la población en general. Siendo mayor riesgo en pacientes con depresiones psicóticas y en bipolares.

El trastorno bipolar, constituye un factor de riesgo significativo tanto para los intentos de suicidio como para el suicidio en sí. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en los pacientes con este trastorno se ha estimado entre un 6 y un 15%. Las tasas de suicidio, que son un promedio de 0.4% anual en los varones y mujeres con un diagnóstico de trastorno bipolar, son al menos 20 veces mayores que las de la población general. Los síntomas y los episodios depresivos dominan a menudo la evolución del trastorno bipolar y son la causa más frecuente de morbilidad y, ciertamente de muerte por suicidio. Alcanzan una proporción de 3:1 para los suicidios consumados (30:1 en la población general). Los suicidios consumados por pacientes con trastornos del estado de ánimo, son más frecuentes en aquellos pacientes que han sido tratados en régimen de hospitalización, como señala Bostwick en su estudio¹³. De todos los tratamientos farmacológicos, el carbonato de litio, tal como señala Kessing¹⁴ es el mejor establecido, ya que plantea una evidencia que indica la obtención de una mejora a largo plazo. Estos estudios también atribuyen su uso a una reducción de las tasas de suicidios consumados e intentos de suicidio. Además, la suspensión del tratamiento con litio de forma brusca, provoca un aumento rápido del riesgo de suicidio según B. Muller¹⁵.

En Andalucía, el análisis de la mortalidad por suicidio pone de manifiesto una importante influencia del sexo, la edad y el estado civil en la mortalidad por esta causa. En esta comunidad los suicidios son muchos más elevados en los hombres que en las mujeres sobre todo aquellos mayores de 64 años. En cuanto estas características las personas casadas tienen mucha menos mortalidad que las viudas y solteras siendo el método de suicidio más utilizado, tanto en hombres como en mujeres, el ahorcamiento.

Todo esto se da en un contexto de aumento de la mortalidad por suicidio, con una tendencia ligeramente ascendente en los últimos años analizados en el caso de las mujeres y descenso en los hombres, que se corresponde con lo que está ocurriendo en el conjunto de España y en otros países desarrollados¹¹.

Actualmente, el suicidio constituye un problema creciente, lo que pone de manifiesto la necesidad de establecer una serie de pautas precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, ya que las bases de suicidio en estos pacientes son multifactoriales y complejas. De estas pautas podemos destacar lo que la O.M.S destaca como los tres rasgos particulares del estado de ánimo de las personas suicidas como son la ambivalencia, la impulsividad y la rigidez.

Por último, al ser pacientes con un trastorno bipolar y un alto riesgo de suicidio, la O.M.S, establece unas reglas generales acerca de cómo debe ser la comunicación con las personas que presenten riesgo de suicidio. Estas consisten en escuchar atentamente, permaneciendo calmado; Entender los sentimientos de la persona (sintiendo empatía); Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto; Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona; Hablar honesta y genuinamente; Demostrar interés, preocupación y calidez; Centrarse en los sentimientos de la persona. Así mismo también existen pautas de cómo no debemos comunicarnos con estos, como son, interrumpir con demasiada frecuencia; Escandalizándose; Manifestando que está ocupado; Siendo condescendiente; Haciendo comentarios indiscretos o poco claros; Haciendo preguntas tendenciosas.

El conocimiento de las características de los pacientes con trastorno bipolar y aquellos con riesgo de suicidio así como los problemas que presentan y un manejo adecuado, puede llegar a evitarlos. Sin embargo, en muchos casos pasan desapercibidos hasta que surgen, de modo repentino, con una conducta autolítica que puede debutar desde la simple verbalización hasta la finalización de la vida misma.

La OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio ese año. Esto representa un promedio de muerte de cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1-2 segundos¹¹.

4. Caso Clínico

M.C paciente varón de 23 años diagnosticado en 2012 de Trastorno Bipolar. Desde entonces sufre agudizaciones que ocasionalmente ha precisado ingreso en hospitalización en la Unidad de Agudos de referencia. El último mes antes de llegar al dispositivo fue secundado por abandono del tratamiento y factor vital estresante

(enfermedad de su madre). Es hijo único, permanece soltero y vive con su madre y padre. No presenta antecedentes de TB en la familia ni otro tipo de antecedentes médicos de interés.

Llega de emergencia junto un amigo que refiere que “habla muy rápido, esta irritable, no obedece órdenes y hace disparates” No duerme desde hace un par de días y no come, lo que ha provocado un adelgazamiento. No acude al trabajo y esta todo el día retando al resto de gente”. Durante su llegada, M.C, pasea por la sala con movimiento constante, ropa desordenada no adecuada a la temperatura en la que nos encontramos, tiene gestos de impaciencia y mira constantemente el reloj. Parece alerta a todo lo que le rodea pero sabe la fecha y donde se encuentra. Es remitido hacia la Unidad de Agudos de referencia para estabilización y prevención de recaídas.

4.1 Valoración de enfermería

Necesidad de nutrición e hidratación: Normopeso, normalmente presenta un apetito conservado, sin embargo durante la entrevista, el amigo manifiesta que no come desde hace unos días, por lo que se puede observar un ligero adelgazamiento del paciente.

Come en casa de sus padres, aunque el paciente refiere que no le gusta demasiado la comida que prepara su familia. No sabe prepararse la comida.

Necesidad de eliminación: Presenta estreñimiento, con deposiciones cada tres-cuatro días. No refiere presentar problemas a la hora de miccionar.

Necesidad de movilización: Habitualmente juega al Padel con sus amigos. El amigo comenta, que durante las fases depresivas que sufre se encierra en casa y no va a los partidos. Comenta que se encuentra “acelerado” una actividades sin cansancio aparente.

Necesidad de reposo y sueño: El paciente no toma medicación para dormir, pero comenta que le cuesta conciliar el sueño. Esta un par de días sin dormir porque no se encuentra cansado y no lo necesita.

Necesidad de vestirse y desvestirse: Habitualmente, escoge la ropa cuidadosamente. Actualmente, presenta un aspecto descuidado con barba de varios días. Lleva ropa que no se ajusta a la temperatura actual.

Necesidad de mantener la temperatura corporal: Temperatura actual: 36.5°C. El paciente refiere que tiene mucho calor.

Necesidad de higiene y protección de la piel: Presenta un aspecto desaseado. La piel se encuentra hidratada y coloreada. No presenta lesiones en la piel.

Seguridad: Fumador de un paquete de tabaco diario. Consumidor de alcohol los fines de semana. No se plantea dejar ni el tabaco ni el alcohol. A menudo, se salta el tratamiento farmacológico que regula su enfermedad. Hace tres meses intento quitarse la vida con la consumición de varios fármacos y alcohol, lo encontró su madre tirado en la habitación pasadas dos horas.

Necesidad de Comunicación: Vive en familia con escasa comunicación con ellos. La madre ejerce de cuidadora principal pero no aporta apoyo afectivo, siendo habitual los enfrentamientos verbales entre ellos. Tiene amigos con los que sale los fines de semana a las discotecas y algunos días a jugar al Pádel. No mantiene contacto con el resto de la familia. Presenta un lenguaje verborreico, habla acerca de los lugares a los que ha viajado y que es un gran y famoso jugador de futbol.

Necesidad de creencias y valores: No presenta consciencia de enfermedad. No refiere creencias de índole religiosa, comenta que él es capaz de estar practicando deporte todo el día sin descansar.

Necesidad de trabajar y realizarse: No realiza ningún tipo de estudio, refiere haber terminado la ESO. Trabaja de forma esporádica como camarero.

Necesidad de actividades recreativas: Actualmente, el amigo del paciente nos comenta, que en estos días ha estado de compras gastándose grandes cantidades de dinero, practicando deporte en exceso y con salidas nocturnas a discotecas y clubs.

Necesidad de adquisición de conocimientos: El paciente y la familia tienen información acerca del proceso de enfermedad y del tratamiento farmacológico. Actualmente, el paciente no presta atención a la información que le estamos dando.

4.2 Principales diagnósticos (NANDA) e intervenciones de enfermería (NIC)

Riesgo de violencia autodirigida (NANDA) R/C: Historia de conducta suicida; Conductas autodestructivas, actos de agresión suicida activa; Niveles crecientes de ansiedad; Dificultad para verbalizar los sentimientos; Repetición de verbalizaciones, quejas, solicitudes, y demandas continuas.

Objetivos: Controlar la conducta autolesiva.

Intervenciones sugeridas

6340. Prevención del suicidio (NIC)

Definición: Reducir el riesgo de daño autoinfligido, para un enfermo en crisis o depresión grave.

Actividades

1. Animar a que la persona haga un contrato verbal de no suicidio.
2. Determinar la historia de intentos de suicidio.
3. Protegerle de dañarse a sí mismo.
4. Colocar al enfermo en un ambiente restrictivo que permita el grado necesario de observación.
5. Determinar si tiene un plan del suicidio específico identificado.
6. Demostrar preocupación sobre bienestar del enfermo.

6654. Vigilancia: Seguridad (NIC)

Definición: Recogida y análisis continuo de datos acerca del enfermo y su entorno, con el fin de promover y mantener su seguridad.

Actividades

1. Supervisar los cambios en las funciones físicas o cognitivas del enfermo, que pudieran conducirlo a una conducta peligrosa.
2. Controlar los riesgos potenciales del entorno.
3. Determinar el grado de control que requiere el enfermo, basándonos en su grado de funcionamiento y los riesgos presentes de su entorno.
4. Proporcionar un grado apropiado de supervisión/vigilancia, que permita simultáneamente el control del paciente y la acción terapéutica.
5. Comunicar la información del enfermo de riesgo, al resto del personal de enfermería.

Criterios de resultado: No realiza conductas autolesivas.

5. Discusión

La bibliografía muestra una alta prevalencia del trastorno bipolar dentro de la población, que es considerada una enfermedad crónica y discapacitante para todos aquellos que la sufren. Esta enfermedad manifiesta una amplia variedad de síntomas durante el proceso, definiéndose en dos polos caracterizados por síntomas depresivos o maníacos y en algunos de los casos, también con comportamientos de riesgo asociadas al suicidio. Es importante para enfermería conocer las repercusiones de las manifestaciones del trastorno bipolar así como los riesgos, para obtener un marco de trabajo que permite detectar las manifestaciones iniciales y poder identificar los factores individuales de cada paciente, promoviendo la adherencia al tratamiento; tanto farmacológico, siendo en la mayoría de los casos el Litio el fármaco de primera elección, como las recomendaciones no farmacológicas.

Durante el desarrollo de este trabajo, he aprendido las características fundamentales del trastorno bipolar y la importancia de detectar las manifestaciones de las enfermedades mentales, así como las necesidades alteradas de estos pacientes, para dirigir una parte de la atención al fomento de la adherencia al tratamiento, vigilancia y prevención. Igualmente, he aprendido a integrar conocimientos estudiados en diferentes materias de la titulación, A saber, enfermería basada en la evidencia, metodología enfermera, cuidados al paciente en el área de salud mental, entre otras, lo que me aproxima a la práctica de la profesión.

6. Conclusiones

- El trastorno bipolar es una enfermedad crónica e incapacitante, con alta incidencia dentro de los trastornos afectivos.
- El tratamiento farmacológico de elección es el Litio, ya que permite mantener al paciente estable durante más tiempo
- La adherencia al tratamiento es una clave decisiva en el curso de las enfermedades, y mucho más en este tipo de pacientes con problemas mentales.
- La falta de adherencia al tratamiento, lleva consigo una alta incidencia de suicidio, con su consecuente impacto en la salud física y mental.
- La relación profesional-paciente basada en un vínculo que favorece la confianza y la entrega de información es esencial para la adherencia al tratamiento.

7. Bibliografía

1. Granados Gámez, Genoveva; Sánchez Bujaldón Miguel. Enfermería en Salud Mental. Editorial universitaria Ramón Areces; 2011.
2. Assumpta Rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apolategui. Enfermería de Salud Mental Y Psiquiátrica. 2º Edición. Ed. Masson Elsevier; 2001.
3. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson; 2004.
4. Aizpiri Javier, Barbado J.A, Cañones P.J, Fernández Alejandro, Gonçalvez Fernando, Rodriguez J.J, Solla J.M. Manual de Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. Ed. GlaxoSmithKline; 2003.
5. Lizcano Lady, Gllardo Johana, Moncada Leyder, Nieto Karen, Ortiz Yanet, Carrillo Angián, Durán Estefany “Evaluación del nivel de conocimiento que tiene el personal de Enfermería sobre la guía de manejo de Trastorno Afectivo Bipolar. Revista: Ciencia y cuidado.
6. Civeira José, Pérez Alfonso, Corbera Manuel. Urgencias en Psiquiatría. Faes Farma; 2003
7. María Jesús Muñoz Zorrilla. Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. ENE. Revista de Enfermería. Agosto 2012; 6 (2).
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía Práctica sobre el Trastorno Bipolar; 2011.
9. Mogens Sghou. Suicidal Behaviour and Prophylatic Lithium Treatment of Mayor Mood Disorders: A review of reviews.
10. Guscott, R., & Taylor, L. (1994). Lithium prophylaxis in recurrent affective illness: Efficacy, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry* (Print), 164,741-746. [Consulta el 17 de Marzo del 2013]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/65050707?accountid=14477>
11. Jorge López-Castroman, Enrique Baca-García. Revista de psiquiatría y Salud Mental. Volume 2, issue 1, March 2009, Pages 42-48.
12. Servicio andaluz de salud. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida. 2010.
13. Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A Kessing, L. V., Lars SÃ ndergÃ yrd, Kvist, K., & Andersen, P. K. (2005). Suicide risk in patients treated with lithium. *Archives of General*

- Psychiatry, 62(8), 860-6. [Consulta el 17 Marzo de 2013] Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/206061218?accountid=14477>
14. Kessing, L. V., Lars S nderg rd, Kvist, K., & Andersen, P. K. (2005). Suicide risk in patients treated with lithium. Archives of General Psychiatry, 62(8), 860-6. [Consulta el 19 de Marzo de 2013] Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/206061218?accountid=14477>
15. M ller-Oerlinghausen, B., M ser-Causemann, B., & Volk, J. (1992). Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. Journal of Affective Disorders, 25(4), 261-269. [Consulta el 19 de Marzo de 2013] Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/73312334?accountid=14477>