

# Abordaje multidisciplinar en gestante con trastorno bipolar tipo I y alta vulnerabilidad social: equilibrio entre psicofarmacología, riesgo y contención perinatal

**Cristina Lesmes Heredia<sup>1</sup>. Anna Moreno Baró<sup>1</sup>. Laura Rodellar Merino<sup>1</sup>. Maria Dolores Gonzalez Vacas<sup>2</sup>. Meritxell Tost Bonet<sup>3</sup>. Elisabert Caravaca Nieto<sup>1</sup>. Laia Martí Malgosa<sup>1</sup>.**

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Materno-Fetal. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell (Barcelona).

2. Unidad de Trabajo social. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell (Barcelona).

3. Servicio de Salud Mental de adultos. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell (Barcelona).

## Motivo de consulta



Mujer de 24 años

### AP:

- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo I
- Trastorno de ansiedad
- Antecedentes consumo de tóxicos (cannabis y alcohol)
- Múltiples ingresos psiquiátricos por descompensaciones maniformes con síntomas psicóticos no congruentes en relación con abandono de medicación y consumo activo de tóxicos.

### Situación social:

- No apoyo estable
- Residía con su abuela dependiente de 90 años
- Presentaba discapacidad reconocida del 33%
- Situación económica precaria

Derivada a consultas de alto riesgo obstétrico por gestación no planificada y condiciones sociales desfavorables sin apoyo estable.

En el momento de la gestación no realizaba tratamiento psicofarmacológico ni contaba con red de apoyo estable.

## Intervención



Desde el inicio del embarazo se implementó un abordaje interdisciplinario coordinado:

- Obstetricia de alto riesgo
- Psiquiatría
- Trabajo social y servicios sociales
- Salud mental
- Medicina genómica

Se priorizó la implicación activa de la paciente y la adherencia al seguimiento integral. Se abordaron los dilemas éticos y terapéuticos asociados al tratamiento farmacológico durante la gestación (riesgo teratogénico vs. recaída severa) y se informó sobre la posibilidad de interrupción legal del embarazo, finalmente rechazada por la paciente.

Se consensuó abstinencia de sustancias, acompañamiento emocional reforzado y seguimiento obstétrico bisemanal.

Ante la ausencia de red familiar, se planificó apoyo mediante una doula para acompañamiento durante el parto y el puerperio, así como recursos de tipo materno diurno para facilitar el cuidado simultáneo de su abuela.

La gestación cursó de forma favorable.

A las 41,1 semanas se indicó la inducción del parto por gestación prolongada.

Parto vaginal sin complicaciones, con recién nacido sano y evolución obstétrica favorable.

## Resultados

En el puerperio inmediato la paciente se mantuvo estable.

Al décimo día consultó por ansiedad, irritabilidad e insomnio, iniciándose tratamiento con paliperidona y lorazepam, con seguimiento en hospital de día.

Al decimosexto día del postparto presentó un episodio de psicosis puerperal, requiriendo ajuste terapéutico con quetiapina e ingreso voluntario con el lactante en la planta de maternidad. Posteriormente, el ingreso se convirtió en no voluntario por empeoramiento clínico y episodios de desorganización conductual. Se activaron medidas de protección infantil, garantizando visitas supervisadas al bebé.

Tras tres semanas de hospitalización, fue dada de alta con seguimiento en hospital de día, mostrando buena respuesta terapéutica y mantenimiento de la abstinencia.

En la actualidad, presenta estabilidad clínica, adecuada adherencia al tratamiento y recuperación del vínculo familiar.



## Conclusiones

Este caso ilustra la importancia del abordaje multidisciplinar en mujeres gestantes con **patología mental grave y vulnerabilidad social**, donde la coordinación entre **psiquiatría, obstetricia, trabajo social y salud mental** resulta esencial para reducir complicaciones materno-neonatales.

La planificación anticipada en el posparto, la monitorización estrecha del riesgo de recaída y la individualización del tratamiento psicofarmacológico contribuyen a optimizar los resultados clínicos.

Asimismo, el acompañamiento psicosocial continuado favorece la autonomía materna y promueve una vinculación madre-hijo segura en contextos de alta complejidad perinatal.