

Revista Adicción y Ciencia

www.adiccionyciencia.info

Caso clínico: Incumplimiento de un paciente con Patología Dual en una Unidad de Media Estancia de Salud Mental

Clinical case: Noncompliance of a patient with Dual Pathology in a Half-Stay Unit of Mental Health

Sanz Pérez, Lidia; Enfermera en Hospital “San Jorge” de Huesca. lidiasanper@gmail.com

Arrazola Alberdi, Oihana; Enfermera en Hospital “San Jorge” de Huesca.

Barlés Sauras, Andrea; Enfermera en Hospital “San Jorge” de Huesca.

Bosque Gracia, Beatriz; Enfermera en Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

Portilla Sauras, Cristina; Enfermera en “Residencia Bruc” de Barcelona.

– Redol Labarta, Montserrat; Enfermera en Hospital “San Jorge” de Huesca.

Recibido: 24/10/2016.

Aceptado:18/11/2016

Citar este artículo: Sanz Pérez, L., Arrazola Alberdi, O., Barlés Sauras, A., Bosque Gracia, B., Portilla Sauras, C., Redol Labarta, M. (2016). Caso clínico: Incumplimiento de un paciente con Patología Dual en una Unidad de Media Estancia de Salud Mental. *Revista Adicción y Ciencia*, 4 (3)

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de Antonio, un varón de 24 años. Acudió a la Unidad de Media Estancia (UME) por ingreso voluntario, procedente de la Unidad de Corta Estancia (UCE), diagnosticado de trastorno esquizoafectivo y consumo perjudicial de tóxicos, lo que se denomina Patología Dual (PD).

La valoración inicial se realizó ordenando los datos según el modelo de Virginia Henderson, Taxonomía II de

NANDA Internacional, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), detectando varios problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros.

De los problemas identificados seleccionamos el **Incumplimiento**, relacionado con (r/c) nula conciencia de enfermedad, manifestado por (m/p) informes verbales: “dejo la medicación cuando me encuentro mejor”, evidencia de exacerbación de los síntomas.

Se propusieron los objetivos y se realizaron las intervenciones, adaptando el plan de cuidados a su dualidad y hacia una conducta de cumplimiento.

Tras 2 meses de ingreso en UME, se logró una **mejora del cumplimiento, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad**. Persistió el consumo de tóxicos, por lo que se derivó a una comunidad terapéutica para tratar el trastorno de la toxicomanía.

Palabras clave: *Caso clínico, cuidados enfermeros, modelo de Virginia Henderson, patología dual, incumplimiento.*

ABSTRACT

We report a clinical case of Antonio, a 24 year old male. He came to Half-Stay Unit (HSU) for voluntary stay, from the Short-Stay Unit (SSU), diagnosed with schizoaffective disorder and harmful drug use, which is called Dual Pathology (DP).

The first evaluation was made by sorting the data using the Virginia Henderson's model, NANDA International Taxonomy II, Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC), detecting many problems in cooperation and nursing diagnoses.

Between the problems identified we chose the **Noncompliance**, related to (r/t) non awareness of the disease, as evidenced by (aeb) oral reports: "I give up the medication when I feel better", an evidence of symptom's exacerbation.

The objectives were proposed and the interventions were performed, adapting the nursing care to his duality and to compliance behaviour.

After two months in HSU, there was an **improvement of the medical treatment, adherence and awareness of the disease**. Drugs use continued, so he was sent to a therapeutic community to treat his addiction disorder.

Keywords: *Clinical case, nursing care, Virginia Henderson's model, dual pathology, noncompliance.*

INTRODUCCIÓN

Cuando en un mismo individuo coexisten un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental, hablamos de “Patología dual” (PD) (1,2).

El término PD a pesar de no estar reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), se ha convertido en sinónimo de comorbilidad diagnóstica: presencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancias tóxicas (3).

La PD constituye un trastorno frecuente. Entre el 25-50% de los pacientes con trastorno psiquiátrico la presentan, siendo el alcohol, el cannabis y la cocaína las drogas de consumo más habitual (4,5).

Estos pacientes presentan mayor gravedad clínica y social, que los que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad mental) (1,6) y es difícil diferenciar si el trastorno mental es la causa o la consecuencia del trastorno adictivo. El tratamiento de estos pacientes requiere un abordaje terapéutico menos rígido, siendo consideradas personas difíciles por su conducta ilegal y su pobre respuesta al tratamiento tradicional (7,8).

La falta de colaboración junto al consumo de tóxicos, incluido el alcohol, constituyen los mayores riesgos de reingreso (9). La adherencia o cumplimiento de las prescripciones o recomendaciones terapéuticas se define como la conciencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido; en el lado opuesto está el incumplimiento (10) , un problema grave que afecta a 1 de cada 4 pacientes en salud mental (11).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Desarrollar un caso clínico aplicando el Proceso Enfermero basado en el modelo de Virginia Henderson, que cumpla con las competencias disciplinares de Enfermería.

Objetivos específicos:

- Integrarnos en el equipo multidisciplinar de la Unidad.
- Determinar los principales problemas que presenta un paciente con patología dual.
- Evaluar la capacidad del paciente de cumplir el tratamiento pautado.

METODOLOGÍA

Se ha utilizado el modelo de enfermería de Virginia Henderson, adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo y otros autores (12), Taxonomía II de NANDA Internacional (2015-2017) (13), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2013) (14), Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2014) (15) y evaluación de resultados mediante escala Likert.

DESARROLLO

VALORACIÓN GENERAL:

Fecha: 12 de diciembre 2015

Nombre: Antonio¹

Sexo: Varón.

Edad: 24 años.

Estado civil: Soltero.

Persona de contacto: Abuela materna.

Diagnóstico médico:

- Trastorno esquizoafectivo (F25 CIE10).
- Consumo perjudicial de tóxicos.

Motivo de ingreso:

- Mantener estabilización psicopática.
- Mejorar conciencia de enfermedad.
- Mejorar adherencia al tratamiento.

Alergias: No conocidas.

Tipo de ingreso: Voluntario.

Procedencia del paciente: Unidad de Corta Estancia (UCE).

Antecedentes somáticos:

- No se observan.

Antecedentes psiquiátricos:

- Octubre 2013: Ingreso en la UCE por episodio maníaco con síntomas psicóticos.
- Desde diciembre 2013: Seguimiento por Unidad de Salud Mental de referencia.

¹ Nombre ficticio. De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, no se pondrán datos que puedan identificar a la persona.

- Junio 2014: Ingreso en UCE.
- Noviembre 2014: Ingreso en UCE.
- Noviembre 2015: Último ingreso en UCE. Ideación delirante de “presencias” en su casa, sintomatología alucinatoria en forma de ruidos y voces amenazantes. Negativa en la toma de tratamiento y nula conciencia de enfermedad mental.
- No ha presentado intentos autolíticos.

Enfermedad actual:

Tras 20 días de ingreso en UCE se encuentra tranquilo, discurso ordenado. Reconoce el consumo de speed el mismo día que presentó los fenómenos de “presencias”, atribuyéndolo al consumo. Admite que los días previos desordenó la toma de medicación y el día anterior no tomó nada de tratamiento.

Durante su estancia en UCE ha tomado correctamente la medicación, pero dada su escasa adherencia al tratamiento y nula conciencia de enfermedad mental, se deriva a UME para tratamiento rehabilitador.

Pruebas complementarias:

- Hemograma, bioquímica: Sin hallazgos.
- Niveles de ácido valproico: 78,8mg/ml (Anexo 1).
- Tóxicos en orina: Negativo.
- Electrocardiograma: Sin hallazgos.

Tratamiento médico (16) (tabla I)

Tabla I: Tratamiento médico.

Nombre comercial (principio activo)	Posología	Clasificación según su utilidad
Depakine® 500mg (Valproato sódico)	(1-0-1)	Eutimizante/ Antiepiléptico
Antabus® 250mg (Disulfiram)	(1-0-0)	Agente aversivo del alcohol
Akineton® 2mg (Biperideno)	(1-0-0)	Corrector de efectos secundarios
Prozac® 20mg (Fluoxetina)	(1-0-0)	Antidepresivo
Risperdal Flash® 3mg (Risperidona)	(0-0-1)	Antipsicótico atípico
Losec® 20mg (Omeprazol)	(1-0-0)	Protector gástrico
Stilnox® 10mg (Zolpidem)	(1 cp si insomnio)	Ansiolítico/ Hipnótico
Tranxilium® 10mg (Clorazepato dipotásico)	(1cp si ansiedad)	Ansiolítico (Benzodiacepina)
Duphalac® (Lactulosa)	(si precisa)	Laxante
Risperdal consta® 37,5mg (Risperidona)	(1 inyección IM/14 días) Próxima dosis 20-12- 12	Antipsicótico atípico
Controles aleatorios de tóxicos en orina		

Valoración física inicial:

Signos vitales:

- Frecuencia respiratoria: 16 rpm.
- Tensión arterial: 109/70 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 73 lat./min.

- Temperatura axilar: 36,4°C.

Exploración física:

- Peso: 64 Kg. Talla: 1,72 cm. IMC: 21,6 Kg/m² Normopeso.
- Otros: No se observan lesiones corporales.

HISTORIA ENFERMERA:

Antonio tiene 24 años, es soltero y vive con su abuela materna de 75 años. Durante la entrevista de ingreso le acompañan sus tíos, ambos preocupados por la enfermedad de éste y colaboradores en el cuidado junto a su abuela. Tanto él como la familia verbalizan tener buena relación.

Según la historia clínica, sus padres fallecieron en un accidente de tráfico cuando tenía 12 años, y desde entonces ha vivido con su abuela materna. “Para mí, la persona más importante del mundo es mi abuela”.

En estos momentos se encuentra en contacto con la realidad, orientado auto y alopsíquicamente. No presenta alteraciones de la memoria ni ideación delirante. Verbaliza “dejo la medicación cuando me encuentro mejor”. Presenta un lenguaje lento y pausado.

Historia de abuso de múltiples tóxicos desde los 16 años (cannabis, speed, éxtasis, cocaína). Paralelamente al inicio del consumo tiene el primer brote psicótico, y a los 21 años le diagnostican trastorno esquizoafectivo y consumo perjudicial de tóxicos. Abuso de alcohol aunque actualmente abstinente, y desde hace unos meses en tratamiento con interdictores. Consumo ocasional de anfetaminas. “Fumo 20 cigarrillos al día desde los 16 años”.

Se observa que presenta efectos extrapiramidales (protrusión rítmica de la lengua).

“Como de todo lo que me hace mi abuela”. Manifiesta no saber cocinar “estoy acostumbrado a que me lo den todo hecho”. Comenta que hace 4 comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena), toma 2-3 cafés y bebe menos de 1l de agua.

Micciona “5-6 veces/ día, color ámbar”, defeca “1 vez/ día, de consistencia blanda, sin esfuerzo, aunque he tenido periodos de estreñimiento por la medicación”.

No le gusta el deporte, “no me llama la atención”. Se le informa de las actividades que oferta el centro y acepta realizarlas. Pasa la mayor parte del tiempo sentado en el sofá. Le gusta ver la televisión, y pregunta sobre los horarios para poder verla.

Manifiesta tener un enlentecimiento general por la medicación.

Comenta que duerme habitualmente 8 horas por la noche, “me despierto descansado, y tomo un Zolpidem 10 para dormir”. “Después de comer me echo una siesta de 2 horas”. Lleva ropa adecuada, “me gusta ir cómodo”.

“Soy friolero, pero me adapto bien a los cambios de temperatura”.

Presenta aspecto descuidado, barba de 10 días. “Me ducho y me lavo los dientes de vez en cuando”. Negativa a mantener la pauta de higiene estipulada por el centro (ducha diaria), “no me hace falta ducharme tanto”.

“Soy creyente pero no voy a misa”.

“He trabajado de pintor y reponedor, pero ahora estoy en paro”. “Tengo planes para el futuro, me gustaría tener pareja, hijos y un trabajo”. “No he terminado la secundaria, y no descarto continuar en un futuro”.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON (12)

1. Respirar normalmente

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: “Fumo 20 cigarrillos al día”.

Datos que deben considerarse: “Fumo desde los 16 años”.

2. Comer y beber adecuadamente

Manifestaciones de independencia: “Como de todo lo que me hace mi abuela”. Hace 4 comidas al día (desayuno, comida, merienda y cena).

Manifestaciones de dependencia: Bebe menos de 1l de agua/ día.

Datos que deben considerarse: Manifiesta no saber cocinar “estoy acostumbrado a que me lo den todo hecho”. Al día toma 2-3 cafés.

3. Eliminar por todas las vías corporales

Manifestaciones de independencia: Micciona “5-6 veces/ día, color ámbar”, defeca “1 vez/ día, de consistencia blanda, sin esfuerzo”.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “He tenido periodos de estreñimiento por la medicación”.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: Pasa la mayor parte del tiempo sentado en el sofá.

Datos que deben considerarse: Presenta efectos extrapiramidales (protrusión rítmica de la lengua). Manifiesta tener un enlentecimiento general por la medicación.

5. Dormir y descansar

Manifestaciones de independencia: Duerme habitualmente 8 horas por la noche, “me despierto descansado”.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “Tomo un Zolpidem 10 para dormir”. “Después de comer me echo una siesta de 2 horas”.

6. Escoger ropa adecuada. Vestirse y desvestirse

Manifestaciones de independencia: Lleva ropa adecuada.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “Me gusta ir cómodo”.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “Soy friolero, pero me adapto bien a los cambios de temperatura”.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: Aspecto descuidado, barba de 10 días. “Me ducho y me lavo los dientes de vez en cuando”. Negativa a mantener la pauta de higiene estipulada por el centro (ducha diaria), “no me hace falta ducharme tanto”.

Datos que deben considerarse: No se observan.

9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

Manifestaciones de independencia: En estos momentos se encuentra en contacto con la realidad, orientado auto y alopsíquicamente. No presenta alteraciones de la memoria ni ideación delirante.

Manifestaciones de dependencia: “Dejo la medicación cuando me encuentro mejor”.

Datos que deben considerarse: Historia de abuso de múltiples tóxicos desde los 16 años. Abuso de alcohol aunque actualmente abstinente, y desde hace unos meses en tratamiento con interdictores. Consumo ocasional de anfetaminas. A los 21 años le diagnostican trastorno esquizoafectivo y consumo perjudicial de tóxicos.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

Manifestaciones de independencia: Tanto él como la familia verbalizan tener buena relación.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: Vive con su abuela materna. Su familia muestra preocupación por su enfermedad. Presenta un lenguaje lento y pausado.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

Manifestaciones de independencia: “Para mí, la persona más importante del mundo es mi abuela”. “Tengo planes para el futuro, me gustaría tener pareja, hijos”.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “Soy creyente pero no voy a misa”.

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

Manifestaciones de independencia: “Me gustaría tener un trabajo”.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “He trabajado de pintor y reponedor, pero ahora estoy en paro”

13. Participar en actividades recreativas

Manifestaciones de independencia: Se le informa de las actividades que oferta el centro y acepta realizarlas.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: Le gusta ver la televisión, y pregunta sobre los horarios para poder verla. No le gusta el deporte, “no me llama la atención”.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles

Manifestaciones de independencia: No se observan.

Manifestaciones de dependencia: No se observan.

Datos que deben considerarse: “No he terminado la secundaria, y no descarto continuar en un futuro”.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Antonio tiene 24 años. Desde que sus padres fallecieron cuando tenía 12 años ha vivido con su abuela materna. Ingresó en la Unidad de Media Estancia (UME) acompañado por sus tíos, tras 20 días de ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE).

Verbaliza dejar la medicación cuando se encuentra mejor, con evidencia de exacerbación de los síntomas y consecuencias que han requerido ingresos en UCE. Tiene nula conciencia de enfermedad mental que atribuye al consumo.

Historia de abuso de múltiples tóxicos desde los 16 años. Paralelamente al inicio del consumo tiene el primer brote psicótico, y a los 21 años le diagnostican trastorno esquizoafectivo y consumo perjudicial de tóxicos.

Presenta efectos extrapiramidales a consecuencia de la medicación (protrusión rítmica de la lengua).

Su patrón de deposición es adecuado, pero comenta que ha tenido periodos de estreñimiento que atribuye a la medicación.

Muestra un aspecto descuidado y se niega a mantener la pauta de higiene estipulada por el centro.

Sus manifestaciones verbales de dejar la medicación cuando se encuentra mejor y su conducta evidencian una escasa adherencia al tratamiento y nula conciencia de enfermedad, que atribuye al consumo. Por ello, de los problemas identificados, hemos seleccionado el diagnóstico de independencia: **Incumplimiento**. Consideramos prioritaria la conducta de cumplimiento, adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad por parte del paciente, como el pilar fundamental de su rehabilitación; de este modo se podrán mejorar otros problemas descritos, por la influencia de éste sobre los demás.

FORMULACIÓN DE PROBLEMAS (17,18)

Problemas de colaboración

- **Efectos extrapiramidales** secundarios a (s/a) tratamiento con neurolépticos.
- **Complicación Potencial: Intoxicación aguda** s/a consumo de tóxicos.
- **Complicación Potencial: Estreñimiento** s/a tratamiento con antidepresivos.

– **Complicación Potencial: Alucinaciones auditivas** s/a descompensación psicopatológica.

– **Complicación Potencial: Insomnio** s/a descompensación psicopatológica.

Diagnósticos de independencia (19)

– **Incumplimiento (00079)** r/c nula conciencia de enfermedad m/p informes verbales: “dejo la medicación cuando me encuentro mejor”, evidencia de exacerbación de los síntomas. (Área de dependencia: conocimientos (C), fuerza psíquica (Fps), voluntad (V)).

– **Déficit de autocuidado: baño (00108)** r/c disminución de la motivación m/p aspecto descuidado, barba de 10 días. “Me ducho y me lavo los dientes de vez en cuando”. Negativa a mantener la pauta de higiene estipulada por el centro (ducha diaria), “no me hace falta ducharme tanto”. (Área de dependencia: C, Fps, V).

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS (20)

Incumplimiento (00079) r/c nula conciencia de enfermedad m/p informes verbales: “dejo la medicación cuando me encuentro mejor”, evidencia de exacerbación de los síntomas. (Área de dependencia: C, Fps, V).

Criterio de resultado: NOC (14)

1601 Conducta de cumplimiento: Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Objetivo general:

- Antonio en el plazo de dos meses demostrará conductas de cumplimiento evidenciado por (tabla II):

Tabla II: Escala Likert de conducta de cumplimiento Indicadores

	<i>I</i>	<i>F</i>
	<i>nicial</i>	<i>inal</i>
160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	3	4
160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario	5	5
160103 Comunica seguir la pauta prescrita	1	4
160111 Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario	1	4

Puntuación: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado

Objetivos específicos:

Antonio en el plazo de un mes:

- Explicará en que consiste su enfermedad y los signos y síntomas de ésta. (C)
- Discutirá la importancia de seguir correctamente el tratamiento, con los efectos deseados y adversos de éste. (Fps)
- Manifestará su deseo de seguir el plan propuesto. (V)

Intervenciones: NIC (15)

4420 Acuerdo con el paciente.

5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

5606 Enseñanza: individual.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

Actividades:

- Preparación de medicación y adherencia al tratamiento:
 - Todos los días, de 16:00-17:15, Antonio preparará la medicación con el personal de enfermería en farmacia.
 - Se enseñarán las características de los medicamentos que toma (nombre comercial y genérico, propósito y acción, dosis, vía y duración, posibles efectos secundarios y cómo prevenirlos).

- Ayudaremos a Antonio a programar un horario de medicación escrito, donde él mismo registrará el nombre del medicamento, posología, y para qué sirve.
 - Informaremos a Antonio sobre los posibles cambios de aspecto y/o dosis al tratarse de un fármaco genérico.
 - Se informará de las consecuencias de suspender bruscamente o no tomarse la medicación, así como lo que debe hacer si se salta una dosis y posibles interacciones de fármacos y comidas.
 - Se responderán todas las preguntas que se planteen.
 - Cada día se evaluará si Antonio ha integrado los conocimientos, reconociendo los logros obtenidos. En caso negativo se recordarán, y si precisa se darán por escrito.
 - Se evaluará la capacidad de Antonio para autoadministrarse la medicación durante los permisos de fin de semana, preguntándole a él y a su familia.
- Se reforzará la información proporcionada por todos los miembros del equipo de cuidados.
 - Como Antonio es fumador, acordaremos utilizar de refuerzo el tabaco (máximo 20 cigarrillos/día) y los permisos de fin de semana en domicilio, condicionados al cumplimiento de las actividades. Si acude a las actividades programadas y participa, obtendrá los beneficios pactados.
 - Conciencia de enfermedad:
 - Los martes de 10:30-11:30 se realizarán sesiones de conciencia de enfermedad con todo el grupo, en el aula de planta baja.
 - Las sillas se colocarán en círculo. El grupo se compondrá del personal sanitario y los pacientes.
 - Cada paciente planteará preguntas o dudas sobre su enfermedad y se procurará que se vayan respondiendo entre ellos, sin apenas intervención del personal, que al finalizar, hará un resumen de lo tratado.
 - Durante la actividad, se describirá el proceso de su enfermedad y se proporcionará la información necesaria, signos y síntomas comunes, cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso, entre otras.

- Al acabar cada sesión, se registrará su evolución, para que sirva de referencia en sesiones sucesivas e ir evaluando semanalmente el nivel de conocimientos sobre su enfermedad, mostrando interés y reforzando sus logros.

EVALUACIÓN (tabla III)

Fecha: 12 de febrero de 2016

Tabla III: Escala Likert de conducta de cumplimiento Indicadores

	<i>I</i>	<i>F</i>
	<i>nicial</i>	<i>inal</i>
160101 Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	3	4
160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario	5	5
160103 Comunica seguir la pauta prescrita	1	4
160111 Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario	1	4

Puntuación: 1.Nunca demostrado 2.Raramente demostrado 3.A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado

Tras 2 meses de ingreso en UME Antonio ha conseguido los siguientes logros:

Ha mejorado significativamente su conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

- Actualmente valora positivamente la medicación y es autónomo en su preparación y administración.

- Conoce los beneficios y efectos secundarios de la misma. Su confianza en el personal sanitario ha aumentado.

Continúa aceptando el diagnóstico enfermero de incumplimiento. Comunica seguir la pauta prescrita, demostrado en los permisos de fin de semana en domicilio. Percibe una mejoría en los síntomas y así lo ha comunicado al personal sanitario.

CONCLUSIÓN

El papel de enfermería es clave para garantizar la adherencia y el cumplimiento terapéuticos, así como la conciencia de enfermedad. Cuando la persona tiene plena conciencia de su enfermedad y por tanto de la necesidad de tratamiento, las propuestas terapéuticas del personal sanitario son mejor aceptadas, con una mejoría del cumplimiento.

El tratamiento de la PD es un proceso complejo, en el que el consumo de tóxicos influye directamente en el plan de cuidados. Dicho plan, ha de estar basado en un sistema de corresponsabilidad y confianza entre todos los miembros del equipo multidisciplinar y el propio paciente, para fomentar su rehabilitación, siendo importante que la persona permanezca abstinentes para su correcta ejecución. En este caso se realizan controles de tóxicos aleatorios en orina. Ha permanecido abstinentes durante las primeras semanas, pero en las últimas realiza consumo de anfetaminas y alcohol con alto *craving* y dificultad para controlarse, por lo que se decide ingreso en comunidad terapéutica para conseguir los objetivos planteados.

Con la realización de éste caso clínico pretendemos que sirva de consulta para enfermería ante situaciones clínicas similares. Ésta persona ha sido tratada desde una unidad de salud mental, pero es cierto que podemos encontrar situaciones semejantes en cualquier unidad del servicio sanitario, de atención primaria y hospitalaria, pudiendo orientar a otras enfermeras a su tratamiento y cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Arranz B, Arrojo M, Becoña E, Bernardo M, Caballero L, Castells X, et Al. *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta*. Rev. Adicciones [internet] 2016 [Consultado el 3 de marzo de 2016]; 28 (1): 3-5. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/784/759>

(2) Szerman N. Protocolos de intervención en patología dual: Introducción [internet] Madrid: Sociedad Española de Patología Dual (SEPD); 2010 [Consultado el 10 de febrero de 2016] Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_intro.pdf

(3) Carralero Montero A, Castro Cerceda T, Fariñas Valiña N, Martí Merlo AB, Pérez Buenaventura L, Simón Navarrete ME. *El papel de la enfermera en la patología dual* [internet]. En: XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Logroño; 14-16 de Abril de 2010. [Consultado el 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8940c6cf-df1b-42d4-afa7-9e66325e5ad8/aed2c4e3-aa06-437a-80ea-3f0dd62c2b3d/Papel%20Enfermeria%20Patolog%C3%ADa%20dual.pdf>

(4) Royo Isach J, Masip Vidal J, Feliu Zapata MA. *Drogas en adolescentes y jóvenes. ¿Qué ha cambiado?* Rev. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria [internet] 2015 [Consultado el 10 de febrero de 2016] 22 (10): 544-553. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fmc->

[formacion-medica-continuada-atencion-45-articulo-drogas-adolescentes-jovenes-que-ha-S113420721500256X?referer=buscador](http://www.adiccionyciencia.info/formacion-medica-continuada-atencion-45-articulo-drogas-adolescentes-jovenes-que-ha-S113420721500256X?referer=buscador)

(5) González Martínez A, Nevado Carrillo L, González Candel C, González Tapias L, Ruiz Íñiguez R, García Guardiola V. El papel de la enfermería en el tratamiento integrado de la patología dual. En: XXIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Oviedo; 28-30 marzo 2012. [Consultado el 10 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990-dfbc114fcae4/Papel Enfermeria tratamiento patologia dual.pdf](http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/e71e8e0a-4dd8-4460-9461-bd76044609c4/34c2b6a5-906f-40ff-b990-dfbc114fcae4/Papel%20Enfermeria%20tratamiento%20patologia%20dual.pdf)

(6) Márquez Arrico JE, Adan A. Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. Rev. Adicciones [internet] 2013 [Consultado el 3 de marzo de 2016]; 25 (3): 195-202. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/46/45>

(7) Gallo Estrada J. Plan de cuidados para el paciente con patología dual. En: Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Planes de cuidados. Madrid: Ed. Panamericana; 2005. P. 197-207. 18

(8) Castellanos Tejero M. *Drogodependencias*. En: Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. P. 222-247.

(9) Pedreño Aznar MA, Almela Bernal J, Pernas Barahona A. Intervenciones enfermeras en el reingresador psiquiátrico. *Metas de Enfermería*. Dic 2005/Ene 2006; 8(10): 64-67.

(10) Fornés Vives J. Plan de cuidados para la adherencia/ colaboración en el tratamiento. En: Fornés Vives J. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Planes de cuidados*. Madrid: Ed. Panamericana; 2005. P. 83-95.

(11) Granada López JM, Colomer Simón A. Adherencia terapéutica. En: Granada López JM. *Manual de enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Ed. Glosa; 2009. P. 227-235.

(12) Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.

(13) Herdman TH, Kamitsuru S. (Ed) NANDA International. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación, 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.

(14) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. 5ª ed. Madrid. Elsevier España; 2013.

(15) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2014.

(16) López Galán S. *Guía farmacológica en psiquiatría*. 14ª ed. Jaén: Ed. REY ALÍ; 2015.

(17) Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. *Guía práctica de informes de enfermería en salud mental*. Barcelona: Ed. Glosa; 2008.

(18) Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA. *Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón*. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2008.

(19) Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.

(20) Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados*. Madrid: Elsevier España; 2012.

(21) *Uso de Eutimizantes: Valproato*. Unidad de Media Estancia, C.R.P. Santo Cristo de los Milagros. Huesca; 2015.

(22) *Registro de tratamiento Depot*. Unidad de Media Estancia, C.R.P. Santo Cristo de los Milagros. Huesca; 2015.

ANEXO 1: USO DE EUTIMIZANTES: VALPROATO (21)

Niveles terapéuticos de valproato: 50-100mg/ml.

Es necesario hacer controles analíticos para asegurarnos de que:

- El fármaco alcanza la concentración suficiente para tener el efecto deseado.
- La concentración del fármaco en sangre no es excesiva.
- El paciente está tomando la medicación.

La frecuencia de las analíticas es variable. Al inicio del tratamiento son más frecuentes, y luego son rutinarias (cada 6 meses, o siempre que se modifique el fármaco o haya alguna modificación de la dieta o se sospeche que hay intoxicación, a pesar de que el valproato tiene muy poco potencial tóxico).

ANEXO 2: REGISTRO DE TRATAMIENTO DEPOT (22)

Cada 14 días se administrará una inyección intramuscular (IM) de Risperdal Consta®.

En cada aplicación se registrará: la fecha de la administración, tipo de medicación, pauta, zona de punción intramuscular (IM) (deltoides o glúteo, según preferencias del paciente, alternando la dosis lado derecho/izquierdo), peso y tensión arterial (TA). También preguntaremos/observaremos si tras la administración de la dosis anterior, ha presentado efectos secundarios (tabla IV).

Tabla IV: Registro de tratamiento depot

<i>cha</i>	<i>Fe</i>	<i>Medic</i>	<i>Medic</i>	<i>Medic</i>	<i>F</i>	<i>Lu</i>	<i>eso</i>	<i>A</i>	<i>T</i>	<i>Efectos</i>
		<i>ación</i>	<i>Consta®</i>	<i>Aut</i>	<i>gar</i>		<i>(Kg)</i>	<i>(mmHg)</i>		<i>secundarios</i>
-12-15	20	dal	Risper consta® 37,5 mg	/14 días IM	C	Del toides derecho	4,2	10/70	1	Protrusión rítmica de la lengua
-01-16	03	dal	Risper consta® 37,5 mg	/14 días IM	C	Del toides izquierdo	4,1	05/68	1	Protrusión rítmica de la lengua Estreñimiento
-01-16	17	dal	Risper consta® 37,5 mg	/14 días IM	C	Del toides derecho	4,3	10/65	1	Protrusión rítmica de la lengua
-01-16	31	dal	Risper consta® 37,5 mg	/14 días IM	C	Del toides izquierdo	4	08/70	1	-