

CASO CLÍNICO: “NADIE LO HARÁ POR MÍ”

CARE PLAN: NOBODY WILL DO IT FOR ME

Patricia de Paz Pérez, Rocío García Rodríguez, Arantxa Vázquez Rodríguez,
Alberto Salmonte Rodríguez, Olga Mancera Medina

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud.

De Paz Pérez, P., García Rodríguez, R., Vázquez Rodríguez, A., Salmonte Rodríguez, A., & Mancera Medina, O. (2024). Caso clínico: “Nadie lo hará por mí”. Revista Ene De Enfermería, 18(1).

Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/3506>

RECIBIDO: Octubre 2023

ACEPTADO: Febrero 2024

Resumen

La adherencia terapéutica, es un hecho variante y complejo ya que son diversos los factores que influyen en él. En los países desarrollados la adherencia terapéutica de los pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%, requiriendo acciones de prevención y promoción de la salud, que se ven intensificadas cuando la falta de adherencia terapéutica está unida al abuso de sustancias y la dependencia de alcohol.

El señor D.R. es un paciente varón de 69 años con paresia crural izquierda, trastorno de la marcha, dependencia para las ABVD y AIVD, HTA, aterosclerosis carotídea, mala adherencia terapéutica, abuso de alcohol, sobrepeso e hipercolesterolemia, que ingresa en el hospital en el servicio de Neurología tras sufrir un ictus isquémico. Durante este ingreso, se distingue el progreso en el nivel de implicación y compromiso del paciente con su propia salud.

A través de la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, se llevó a cabo un plan de cuidados, aplicando un lenguaje estandarizado y con intervenciones basadas en la evidencia científica.

Palabras claves: Abuso de alcohol, adherencia terapéutica.

Abstract

Therapeutic adherence is a variable, and indeed, a very complex fact since there are several factors that have an influence on it. In developed countries, the therapeutic adherence of patients who suffer from chronic diseases is 50%, those require prevention and health promotion actions, which are intensified when the lack of therapeutic adherence is linked to substance abuse and alcohol dependence.

Mr. D.R. is a 69-year-old male patient who is diagnosed with left femoral paresis, gait disorder, dependence for ABDL and IADL, hypertension, carotid atherosclerosis, poor therapeutic adherence, alcohol abuse, overweight and hypercholesterolemia. This patient was admitted at the hospital in the Neurology after having suffered an ischemic stroke. During his admission, progress was distinguished in the sense of the patient's level of involvement and commitment to his own health.

Through the NANDA-I, NOC and NIC taxonomy, a care plan was carried out, standardized language applied, and with interventions based on scientific evidence.

Key words: Alcohol abuse, therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia terapéutica como “el grado en el que la conducta de una persona, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.(1)

La falta de adherencia terapéutica es debida a diversos factores (socioeconómicos, relacionados con el sistema sanitario, el tratamiento, la enfermedad y con el paciente), aunque más frecuentemente se relaciona con la falta de información y de apoyo en el cambio de comportamiento que se requiere en la mayoría de patologías, en especial en ancianos y enfermos crónicos. Dentro de los factores relacionados con el paciente, cabe destacar que el abuso de sustancias y alcohol juega un papel importante como obstáculo para conseguir una correcta adherencia. (2)

En los países desarrollados la adherencia terapéutica de los pacientes que padecen enfermedades crónicas es del 50%, y después de 6 meses de haber comenzado con el tratamiento, entre el 30 y el 80% de los pacientes deja de tomar la medicación. (3) A su vez, en España la bebida alcohólica, es la sustancia psicoactiva más consumida por la

población general en todas las edades, destacando como consecuencia, el desarrollo de dependencia y la mortalidad asociada. (4)

El incumplimiento terapéutico es un problema de gran magnitud en todas las áreas de atención sanitaria. Una correcta cumplimentación del tratamiento es esencial para la recuperación, mantenimiento de la salud y una buena evolución del paciente, por lo que se resalta la importancia de abordarla de manera preventiva y de promoción de la salud de forma periódica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El Sr. D.R. es un paciente varón de 69 años de edad, que ingresa en mayo del 2022 en el hospital en el Servicio de Neurología tras sufrir un ictus isquémico.

No padece alergias medicamentosas conocidas, tiene el calendario vacunal completo, y, valorando los hábitos de vida, es exfumador de más de 10 años, abusa del alcohol desde el año 2003, se encuentra actualmente con la movilidad limitada realizando vida camión y manteniendo una alimentación parcialmente adecuada donde no incluyen todos los grupos de alimentos.

Como problemas fundamentales en activo presenta paresia crural izquierda, trastorno de la marcha, dependencia para las ABVD y AIVD, HTA, ateromatosis carotídea, mala adherencia terapéutica, sobrepeso e hipercolesterolemia. Como antecedentes presentó un ictus isquémico en 2013 y una intervención quirúrgica de cataratas en 2017.

El paciente fue valorado por el Servicio de SPICA "Subproceso de Integración y Coordinación Asistencial" el día 04/06/2022, encargados de asegurar la continuidad de los cuidados de los pacientes ingresados y facilitar su reinserción sociofamiliar tras el alta hospitalaria.

Durante su ingreso, se realizaron un total de doce visitas al paciente y se contactó vía telefónica en siete ocasiones con su esposa. A través de estas visitas y consultas telefónicas, profundizamos en la historia del paciente, pudiendo abordarlo de una manera individualizada, teniendo en cuenta las dificultades presentes a la hora de conseguir un correcto control de salud. Las técnicas de escucha activa, entrevista motivacional y persuasiva, y facilitar los medios disponibles de ayuda, fueron claves a la hora de conseguir por parte del paciente el compromiso con su salud.

TEORÍA DE RANGO MEDIO

La teoría de rango medio utilizada para facilitar el abordaje y la comprensión de este caso clínico es la teoría de compromiso con la salud, desarrollada por Cynthia W. Kelly, PhD, RN, CNL (5)

Esta teoría describe el proceso de cambio de comportamiento desde la etapa de acción hasta la etapa de mantenimiento del cambio. El compromiso de un individuo con la salud se puede medir utilizando la Escala de Compromiso con la Salud, que clasifica a los pacientes en tres categorías:

- Bajo nivel de compromiso: Se puede o no tener la intención consciente de realizar conductas de salud, pero es incapaz de seguir adelante con el cambio durante más de 1 mes.

- Nivel medio de compromiso: Presenta la intención de realizar conductas de salud, pero su desempeño es inconsistente o no puede mantener el desempeño durante más de 6 meses.

- Alto nivel de compromiso: La persona realiza constantemente una amplia gama de comportamientos saludables durante más de 6 meses.

Además, esta teoría identificó tres categorías de etapas del cambio: La etapa de pre-acción (incluye precontemplación, contemplación y preparación), la etapa de acción y la etapa de manteni-

miento, en las que existe una relación lineal entre los cambios de fases como progreso y recaída.

Referente a la etapa de pre-acción no existe ningún límite de tiempo para progresar de fase mientras que en la etapa de acción del cambio es de al menos 6 meses para la mayoría de los comportamientos, pero puede durar hasta 2 años para alcanzar el cambio antes de llegar a la etapa de mantenimiento.

La Escala de Compromiso con la Salud, basada en puntajes y etapas de cambio autoinformadas, es relevante para indicar el nivel de compromiso con la salud de una persona. Un bajo nivel de compromiso indica que aquellos en la etapa de acción tienen mayor riesgo de recaer en las etapas previas a la acción mientras que aquellos con puntajes de compromiso de alto nivel es muy probable que pasen a la etapa de mantenimiento del cambio.

Las puntuaciones del nivel de compromiso son de gran utilidad para los profesionales de la Salud a la hora de individualizar el tratamiento utilizando estrategias y técnicas de comunicación terapéutica motivacional, adaptadas a las distintas etapas de cambio.

El caso clínico que estamos desarrollando trata de un paciente con mala adherencia terapéutica y problemas con el abuso de alcohol, que ingresó en

el Servicio de Neurología tras sufrir un ictus isquémico y realizaremos su valoración inicial a través de la teoría de rango medio.

Al momento del ingreso el paciente presenta un bajo nivel de compromiso ya que no presentaba ninguna intención consciente de realizar ningún cambio en beneficio de su salud. Sin embargo, a través de la utilización de técnicas persuasivas y motivacionales, durante su ingreso y en el momento del alta reflejaba un nivel de compromiso medio, mostrando intención de realizar conductas generadoras de salud en su regreso al domicilio.

Por consiguiente, se observó la evolución del cambio de etapa de pre-acción a la acción durante su estancia hospitalaria, siguiendo el plan terapéutico prescrito y abandonando el abuso de alcohol y mostrando consciencia de la importancia de mantener estos cambios tras el alta hospitalaria.

VALORACIÓN GENERAL

Para realizar la valoración del paciente se utilizan los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon. Se visualiza con mayor claridad la detección del cambio en el estado de salud del Sr. D.R. así como sus necesidades de cuidado a lo largo del tiempo.

En la Tabla 1 se exponen los resultados de la evolución de los patrones funcionales alterados (A), en riesgo de alteración (RA) y normales (N). Esta evolución se valoró a través de su ingreso en el hospital en mayo de 2022 y durante

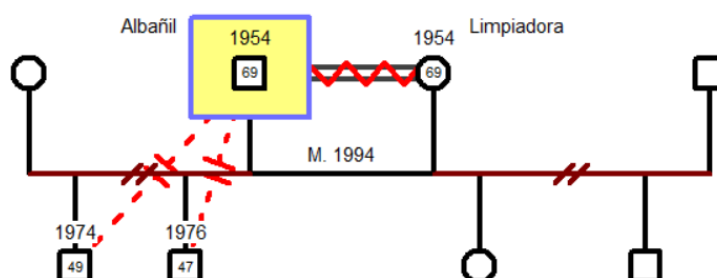
su estancia hasta junio de 2022. Además, se contacto vía telefónica con el paciente y su esposa una semana después del alta para comprobar una buena adaptación tras su regreso al domicilio.

Tabla 1: Valoración por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó alteración del patrón

Patrón	Fecha	Mayo 2022	Junio 2022 Alta	Una semana después del alta
1. Percepción y manejo de la salud		Bebedor problema. Refiere beber varios litros de vino al día. Sedentario. Percepción del estado de salud: MALA	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: REGULAR	Ex bebedor en fase de acción. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: BUENA
Resultado		A	RA	RA
2. Nutricional- metabólico		No dieta especial. Apetito disminuido. No dificultades en la masticación ni deglución.	Dieta sin sal. Apetito normal. No dificultades en la masticación ni deglución.	Dieta baja en sal. Apetito normal. No dificultades en la masticación ni deglución.
Resultado		A	RA	N
3. Eliminación		Ningún tipo de incontinencia. Necesidad de laxantes durante su ingreso.	Ningún tipo de incontinencia. Hábito deposicional normal.	Ningún tipo de incontinencia. Hábito deposicional normal.
Resultado		A	N	N
4. Actividad- ejercicio		Limitación de la movilidad por paresia crural izquierda. Vida cama-sillón. Dependiente para ABVD y AIVD.	Limitación de la movilidad por paresia crural izquierda. Deambula con ayuda. Dependiente para ABVD y AIVD.	Limitación de la movilidad por paresia crural izquierda. Deambula con andadora. Dependiente para ABVD y AIVD.
Resultado		A	A	A
5. Sueño- descanso		No alteración.	No alteración.	No alteración.
Resultado		N	N	N
6. Cognitivo – perceptivo		Test de Pfeiffer: No consta alteración cognitiva previa ni test de despistaje en HCE.	Test de Pfeiffer de 5 errores. Deterioro cognitivo moderado.	Test de Pfeiffer de 3 errores. Deterioro cognitivo leve.
Resultado		A	A	A

7. Autocontrol- autoconcepto	Ansiedad manifestada.	Refiere encontrarse con ganas de mejorar y cambiar sus hábitos de vida. Presenta preocupación por su recuperación clínica, aunque no se siente triste ni desganado.	Satisfecho consigo mismo.
Resultado	A	RA	N
9. Sexualidad- reproducción	Patrón no abordable por el paciente.	Patrón no abordable por el paciente.	Patrón no abordable por el paciente.
Resultado	-	-	-
10. Adaptación – tolerancia al estrés	Ansiedad y estrés por cambios importantes en su vida en los últimos años y situación de salud.	Presenta preocupación por su regreso al domicilio, pero no siente ansiedad ni estrés.	No alteración. Recurre a su mujer en caso de necesitar ayuda.
Resultado	A	RA	N
11. Valores – creencias	Preocupación por no saber como va a evolucionar su pierna izquierda. Creyente, aunque no le da importancia a la religión en su vida.	Preocupación por no saber como va a ser su regreso al domicilio. Creyente, aunque no le da importancia a la religión en su vida.	No temor ni preocupación. Creyente, aunque no le da importancia a la religión en su vida.
Resultado	A	A	N

Ilustración 1: Genograma



Para describir con mayor claridad el patrón 8 (Rol - relaciones), se originó un genograma del paciente para valorar el contexto socio-familiar en el que vive y analizar cómo era la relación con sus familiares.

D.R. convive con su mujer con la cual ha tenido problemas debidos al abuso de alcohol, en una casa terrera situada en Garachico. En cuanto a las

características de la vivienda, está situada en una primera planta (escaleras para acceder), presenta bañera y plato de ducha con un escalón.

Nos situamos ante una familia en la V fase: Contracción, según la OMS. El paciente no tiene relación con ninguno de sus catorce hermanos ni de sus hijos, aunque cuenta con el apoyo de su esposa, su cuidadora principal.

DIAGNÓSTICO

Con respecto a los resultados de disfuncionalidad en la valoración por patrones se distinguieron una serie de hipótesis diagnósticas, como son: riesgo de caídas del adulto, deterioro de la ambulación, síndrome de fragilidad del anciano, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado: uso del inodoro, déficit de autocuidado: baño, déficit del autocuidado: vestido, procesos familiares disfuncionales, riesgo de síndrome de abstinencia agudo, autogestión ineficaz de la salud, tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, riesgo de trombosis, conductas ineficaces de mantenimiento de la salud, disposición para mejorar la autogestión de la salud y disposición para mejorar el autocuidado.

Aplicando el método área seleccionamos desde un enfoque bio-psico-social los siguientes diagnósticos principales: (6)

- (00303) Riesgo de caídas del adulto R/C deterioro de la movilidad física, temor a las caídas, dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria y uso inadecuado de sustancias.

- (00292) Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud R/C fracaso para emprender acciones que prevegan problemas de salud, implicación

inadecuada en un plan de acción, interés inadecuado en la mejora de salud y decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud M/P preferencias de estilos de vida contradictorios, dificultad en la toma de decisiones, apoyo social inadecuado y estrategias de afrontamiento ineficaces.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

A la hora de seleccionar las intervenciones enfermeras (NIC) se realizó una búsqueda en el libro "Nursing Diagnosis Handbook"(7), que contaban con alta evidencia científica y se adecuaba a las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos planteados (NOC) del plan de cuidados para el Sr. D.R.

En las próximas tablas se representarán dichos NOC(8) y NIC(9) junto con los diagnósticos principales.

Tabla 2. Plan de cuidados para “Riesgo de caídas del adulto”

<p>NANDA 00303 Riesgo de caídas del adulto</p>	<p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores - Deterioro de la movilidad física - Uso inadecuado de sustancias - Objetos fuera del alcance - Dificultad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria - Levantarse por las 	<p>Población en riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores de 60 años <p>Condición asociada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades vasculares - Dispositivos de asistencia para la ambulación 	
<p>NOC 0208 Movilidad</p>	<p>Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Mantenimiento del equilibrio</p>	<p>3- Moderadamente comprometido</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>
	<p>Indicador 2: Marcha</p>	<p>3- Moderadamente comprometido</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>
	<p>Indicador 3: Movimiento articular</p>	<p>3- Moderadamente comprometido</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>
	<p>Indicador 4: Realización del traslado</p>	<p>3- Moderadamente comprometido</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>
	<p>Indicador 5: Ambulación</p>	<p>2- Sustancialmente comprometido</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>
	<p>Indicador 6: Coordinación</p>	<p>2- Sustancialmente comprometido</p>	<p>3- Moderadamente comprometido</p>

<p>NIC 0221 Terapia de ejercicios: Ambulación</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vestir al paciente con prendas cómodas. - Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. - Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda. - Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. - Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (Andadora). - Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras. - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la deambulación. 	<p>¿Qué dice la evidencia?</p> <p>Utilizar una herramienta de evaluación del riesgo de caídas válida y confiable para evaluar el riesgo de caídas del paciente (Hendrich, 2013).</p> <p>Reconocer que los factores de riesgo de caídas incluyen antecedentes recientes de caídas, miedo a caerse, confusión, depresión, patrones de eliminación alterados, enfermedades cardiovasculares/respiratorias que afectan la perfusión o la oxigenación, hipotensión postural, mareos o vértigo, diagnóstico de cáncer primario y movilidad alterada (Consejo Nacional on Aging, 2021; Gray-Miceli & Quigley, 2021).</p> <p>Evaluar las habilidades de equilibrio y movilidad de todos los clientes (es decir, supino para sentarse, sentarse con apoyo y sin apoyo, sentarse para pararse, pararse, caminar y girar, transferirse, agacharse al piso y recuperarse y sentarse) (Grabner, 2014; National Council on Aging, 2021).</p>
<p>NIC 6490 Prevención de caídas</p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. - Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. - Proporcionar y enseñar uso de dispositivos de ayuda (Andadora). - Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa. - Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. - Disponer de superficies de suelo anti-deslizantes, anticaídas. 	<p>Identificar los déficits en la función de movilidad del cliente y considerar el equipo apropiado necesario para movilizar a los clientes de manera segura mientras se promueve el autocuidado (Goodwin et al, 2014).</p> <p>Evaluar el entorno del hogar en busca de amenazas a la seguridad, incluido el desorden, los pisos resbaladizos, las alfombras dispersas y otros peligros potenciales. Además, evaluar el entorno externo (AGS 2011 • Goodwin et al 2014; Consejo Nacional sobre el Envejecimiento, 2021).</p> <p>Evaluar al cliente para el consumo crónico de alcohol y la salud mental y la función neurológica (Goodwin et al 2014; Fick & Mion, 2018).</p>

Tabla 3. Plan de cuidados para "Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud"

<p>NANDA 00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud</p>	<p>Factores relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferencias de estilos de vida contradictorios - Dificultad en la toma de decisiones - Apoyo social inadecuado - Estrategias de afrontamiento ineficaces 	<p>Características definitorias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud - Implicación inadecuada en un plan de acción - Interés inadecuado en la mejora de salud - Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud 	
<p>NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita</p>	<p>Definición: Acciones personales para administrar medicación de manera segura para conseguir los efectos terapéuticos para una enfermedad específica según lo recomendado por un profesional sanitario.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Toma toda la medicación a los intervalos prescritos</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>
	<p>Indicador 2: Toma la dosis correcta</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>
	<p>Indicador 3: Evita el alcohol si está contraindicado</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>
	<p>Indicador 4: Sigue las precauciones de la medicación</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>
	<p>Indicador 5: Notifica la respuesta terapéutica al profesional sanitario</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>3- A veces demostrado</p>
<p>NOC 1629 Conducta de abandono del consumo de alcohol</p>	<p>Definición: Acciones personales para eliminar el consumo de alcohol que supone una amenaza para la salud.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Expresa el deseo de dejar de tomar alcohol</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>
	<p>Indicador 2: Expresa la creencia en la capacidad de dejar de tomar alcohol</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>3- A veces demostrado</p>
	<p>Indicador 3: Identifica los beneficios de eliminar el consumo de alcohol</p>	<p>1- Nunca demostrado</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>

	Indicador 4: Se compromete con estrategias de eliminación del alcohol	1- Nunca demostrado	4- Frecuentemente demostrado
	Indicador 5: Elimina el consumo de alcohol	1- Nunca demostrado	4- Frecuentemente demostrado
NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda. - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. - Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada. - Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. - Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. - Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. - Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. - Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación. - Informar al paciente sobre las posibles interacciones entre fármacos y alimentos. - Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito. - Incluir a la familia/allegados, según corresponda. 	<p>¿Qué dice la evidencia?</p> <p>Brindar apoyo a los clientes en la toma de decisiones sobre su atención médica y brindar información sobre las opciones y los beneficios/daños asociados (Stacey et al, 2017).</p> <p>Involucrar al cliente en la toma de decisiones compartida con respecto al mantenimiento de la salud (Lindhiem et al, 2014).</p> <p>Ayudar al cliente a encontrar métodos para reducir el estrés (Jokela et al, 2020).</p> <p>Remitir al cliente a servicios médicos y sociales apropiados y accesibles según sea necesario, proporcionando información adecuada sobre los detalles del servicio (Banbury et al, 2018).</p> <p>Evaluar la percepción del cliente sobre la salud y el mantenimiento de la salud (Lee et al, 2019).</p>	

<p>NIC 4470</p> <p>Ayuda en la modificación de sí mismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. - Valorar las razones del paciente para desear cambiar. - Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica y las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. - Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas. - Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. - Identificar con el las más efectivas para el cambio de conducta. - Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta. - Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual. - Ayudar a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta. - Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños. 	
---	--	--

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Durante el mes de su ingreso hospitalario, se programaron un total de doce visitas al paciente, en las cuáles, en un principio fue realizar las presentaciones y conocer mejor el caso. Una vez fuimos profundizando, el paciente se mostraba preocupado por su situación de salud, lo cual, facilitó las siguientes intervenciones dirigidas al cambio de conducta del paciente.

Además, se realizaron un total de siete consultas telefónicas con su esposa, en las que se abordaron las preocu-

paciones acerca de las nuevas necesidades de cuidado de su marido y se realizó escucha activa sobre los problemas que presentaban previo al ingreso en el domicilio, causados por el abuso de alcohol por parte del paciente.

En este tiempo se hizo evidente la evolución del paciente, partiendo de mostrar preocupación por su salud sin tomar medidas al respecto hasta comunicarnos su disposición para abandonar consumo de alcohol y llevar una buena adherencia terapéutica.

En el momento del alta el paciente presentaba un test de Pfeiffer de 3 errores mostrando un deterioro cognitivo leve y un Katz de H. Consiguió deambular dentro de la habitación con ayuda y se realizó la prescripción de andadora, se solicitó el Servicio de Ayuda a Domicilio y se gestionó la Ley de Dependencia. Además, se programaron citas de seguimiento tras el alta con su Equipo de Atención Primaria (EAP), comunicándonos previamente con ellos para informar del caso.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

El caso de Sr. D.R. visibiliza la relevancia de poseer un correcto compromiso con la salud para conseguir una mejoría clínica y una mayor calidad de vida. Tras su ingreso hospitalario y las intervenciones realizadas durante este mes se consiguió la mejora en el estado de salud del Sr. D.R y la disposición y el compromiso del paciente de mantener en el tiempo conductas generadoras de salud.

Se realizó la atención al paciente a través de los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica, proporcionando una atención individualizada, teniendo en cuenta las características, necesidades, valores y dificultades

del paciente a la hora de alcanzar los objetivos, obteniendo los el mayor beneficio para el paciente y conseguir la eficacia de nuestra práctica enfermera.

Para comprender mejor la situación del paciente se realizó una valoración completa del paciente y su esposa, a través de los patrones funcionales de salud de M. Gordon junto con la Teoría de Rango Medio “Compromiso con la salud”, para así poder establecer los diagnósticos enfermeros de D.R.

El uso de la taxonomía NANDA- I, NOC y NIC fue necesario para la valoración y gestión del caso, tratando los diagnósticos de enfermería de “Riesgo de caídas del adulto” y “Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud”. Además, para profundizar más en el área psicosocial del paciente se desarrolló un plan de cuidados del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organization; 2003.
2. Pagès-Puigdemont Neus, Valverde-Merino M. Isabel. Adherencia terapéutica: Factores modificables y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018. [Citado el 22 de enero de 2023]; 59 (4): 251-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielolophp?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000400251&lng=es.
3. Sanahuja M, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. *Pharm Care Esp* [Internet]. 3 de septiembre de 2012 [citado 2 de enero de 2023];14(4):162. Disponible en: <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84>
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243 p. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
5. Kelly CW1. Commitment to health theory. *Res Theory Nurs Pract*. 2008;22(2):148-60.
6. Herdman, T.H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (Eds). 2021. NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
7. AckleyBJ, LadwigGB. *Nursing Diagnosis Handbook*. 12th ed. Elsevier, 2020.
8. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Mass. M. (Eds). 2019. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC) (6a ed.). Barcelona: Elsevier.
9. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (Eds). 2019. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) (7a ed.). Barcelona: Elsevier.