



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON
ESPONDILODISCITIS LUMBAR**

AUTOR:

CAMILA DANIELA PACHECO NAPA

TUTOR:

GALO PINO ICAZA

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	7
DEFINICIÓN	7
EPIDEMIOLOGÍA	7
PATOGENIA	7
ETIOLOGÍA	8
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
DIAGNÓSTICO	9
TRATAMIENTO	11
• Tratamiento antimicrobiano	11
1.1. JUSTIFICACIÓN	15
1.2. OBJETIVOS	16
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.3. DATOS GENERALES	17
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	18
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	19
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	20
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	22
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	23
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	23
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	28
2.8. SEGUIMIENTO	28
2.9. OBSERVACIONES	31
CONCLUSIONES	32

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico este estudio a mi madre y a mis hermanos quienes han sido los pilares fundamentales en estos años de mi carrera universitaria, con altos y bajos emocional, física y económicamente, sin importar los obstáculos y dificultades que se pudieron presentar, con la ayuda de Dios en nuestras vidas quien nos da las fuerzas necesarias para seguir y levantarnos día a día he logrado llegar hasta este punto de mi vida universitaria que parecía imposible.

A mi abuela, quien con sus oraciones me ha levantado en cada ocasión que he sentido que no podía avanzar más, a mis familiares que siempre estuvieron pendientes de mí mientras me encontraba estudiando y haciendo mi internado en otra ciudad, lejos de mi hogar.

PACHECO NAPA CAMILA DANIELA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, como primer lugar, por ser Él quien me ha permitido estudiar, obtener una carrera universitaria, por darme fuerzas día a día y bajo su bendición estar donde hoy estoy, porque sin Él nada somos, también agradezco a mi madre, mis hermanos y familiares por su apoyo incondicional en cada año de estudio, con su amor, compañía y oraciones he podido tener las energías necesarias para no rendirme en ningún momento.

A mis amigas con quienes a lo largo de estos cuatro años de estudio viví, estudié y nos hicimos compañía mientras estuvimos lejos de casa, a mi pareja por entenderme y apoyarme en el proceso de mi internado, a mis docentes por ser quienes han expuesto sus cátedras con la dedicación y pasión que caracteriza a un docente, y a mi tutor de caso clínico que ha tenido paciencia, comprensión y ha sabido guiarme para poder realizar un excelente trabajo.

PACHECO NAPA CAMILA DANIELA

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO MAYOR CON
ESPONDILODISCITIS LUMBAR

RESUMEN

El presente caso clínico se efectuó en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Militar de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, resulta un tema interesante de estudiar por su dificultad para poder diagnosticar una espondilodiscitis, es fácil de confundir con otras patologías por la forma de manifestarse.

Este estudio hace referencia a un paciente de sexo femenino de 68 años de edad que ingresó a la unidad hospitalaria antes mencionada, referida del Hospital Naval de Guayaquil en ambulancia acompañada por personal médico, acudió por un absceso en su zona lumbar y por haberse encontrado hospitalizada y en terapia intensiva por un shock séptico. Dados estos antecedentes se resolvió hospitalizarla en el área de traumatología para observación y tratamiento.

Palabras claves: espondilodiscitis, absceso, terapia, shock séptico.

ABSTRACT

The present clinical case was carried out in the Hospital of Specialties of the Military Armed Forces of the city of Quito, province of Pichincha, it is an interesting topic to study due to its difficulty in diagnosing spondylodiscitis, it is easy to confuse with other pathologies due to the way to manifest.

This study refers to a 68-year-old female patient who was admitted to the aforementioned hospital unit, referred from the Naval Hospital of Guayaquil in an ambulance accompanied by medical personnel, who came for an abscess in her lumbar area and for having been hospitalized. and in intensive care for septic shock. Given this history, it was decided to hospitalize her in the trauma area for observation and treatment.

Keywords: spondylodiscitis, abscess, therapy, septic shock.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es una enfermedad poco común, consiste en un proceso infeccioso que se localiza en los discos de la columna y los cuerpos vertebrales adyacentes. Esta patología es propensa a presentarse en pacientes con procedimientos quirúrgicos espinales, inmunodeprimidos, dependientes de drogas intravenosas, pacientes con hemodiálisis, diabetes mellitus y edad avanzada, considerando que la infección hematógena y piógena puede ser la causa más frecuente de esta patología.

Las vías de infección de la espondilodiscitis se resumen en: diseminación hematógena, la misma que se presenta aproximadamente en la mitad de los casos, en esta vía las bacterias pueden ingresar por vía arterial o venosa, siendo *Staphylococcus aureus* la infección más frecuente. También puede ocurrir secundaria a una infección contigua y esta puede resultar polimicrobiana. Finalmente, puede presentarse por contaminación directa adquirida en cirugías, punciones, colocación de catéteres.

El presente caso clínico analiza el proceso de atención de enfermería a un adulto mayor de sexo femenino de 68 años de edad que es trasladada al Hospital Militar de Quito desde el Hospital Naval General de Guayaquil por aparente cuadro de absceso infraespinal (paravertebrales inferiores izquierdos), el médico manifestó que el paciente hace 22 días se encontró hospitalizada y tratada con antibioticoterapia, además se encontró internada en el servicio de terapia intensiva por 8 días por cuadro de shock séptico.

En virtud de los antecedentes acude al Hospital Militar de Quito para resolución por servicio de traumatología con hoja de transferencia, trasladada en ambulancia en compañía de personal médico.

I. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La espondilodiscitis es una infección y por lo general es de origen bacteriano el mismo que suele afectar a las vértebras y por lo consiguiente a los discos intervertebrales, el porcentaje de personas que padecen de espondilodiscitis oscila entre 2-7% en el adulto y causa una infección que provoca una inflamación gradual. (Ramírez, Sánchez, & Fernández, 2013).

EPIDEMIOLOGÍA

Esta patología representa el 2-4% del total de casos, en su mayoría afecta a los adultos de edad avanzada, existen enfermedades predisponentes como la diabetes, la inmunodeficiencia y neoplasias. Se presentan casos de espondilodiscitis por procesos postquirúrgicos por lo general porque el paciente ha pasado por un trauma espinal, estas intervenciones pueden provocar una infección en la herida quirúrgica después de cirugía.

Por lo general la espondilodiscitis puede resultar entre un 0,5 y 2,5 de casos anuales por 100.000 habitantes, incide por el envejecimiento de la población, la adicción a drogas por vía parenteral, aumento de los procedimientos quirúrgicos vertebrales y de las bacterias. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

PATOGENIA

Existen tres vías de infección para que los microorganismos ingresen al tejido vertebral y son las siguientes: diseminación hematogena (la más frecuente), secundaria a focos de vecindad (abscesos, úlceras de decúbito) y

la implantación directa (heridas penetrantes, cirugía, prótesis y punciones). (Graña, Gutiérrez, Torres, Perendones, & Dufrechou, 2014).

De las tres vías ya mencionadas la más común es la diseminación hematológica, por lo general es secundaria a infecciones urinarias, de piel, respiratorias y herida quirúrgica; también se anexan a estas bacterias como *Staphylococcus aureus*, sin embargo, es difícil diagnosticar en primera instancia una espondilodiscitis. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Las características anatómicas permiten explicar la mayor incidencia y la clínica de la espondilodiscitis hematológica en el adulto. El tejido vertebral tiene una médula muy vascularizada con flujo de gran volumen, procedente de ramas segmentarias de la arteria espinal posterior que se bifurcan para irrigar dos vértebras adyacentes. Las bacterias alcanzan el tejido óseo de dos vértebras contiguas, donde se establece el foco inicial de infección que, posteriormente, se extiende al disco intervertebral y otros espacios vecinos. La localización más habitual es la columna lumbar (el 50-60% de casos), seguida de la torácica y la cervical. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

ETIOLOGÍA

La etiología por infección de la espondilodiscitis es causada en su mayoría por bacterias y la más frecuente es *Staphylococcus aureus*, y en menor incidencia *Staphylococcus epidermis*, *pneumoniae*, entre otros. (Gamero, Tomé, Conejo, Granado, & Contreras, 2011)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de esta patología por lo general es inespecífica, esto es lo que permite que no haya un diagnóstico pronto para identificar una espondilodiscitis. La mayoría de los pacientes presentan síntomas durante varias

semanas, empezando por dolores dorsales o lumbares y tienden a inflamarse. Si la infección se extiende al canal medular y se afectan las raíces nerviosas puede ocasionar dolor y se manifiesta con parestesia o parálisis, estas complicaciones son más frecuentes en espondilodiscitis cervical y torácica, la fiebre es poco frecuente y de forma ocasional aparecen dolores torácicos o abdominales. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

La espondilodiscitis al ser una infección en la columna vertebral permite que provoque dolor de forma continua, el mismo que se agudiza en la noche por los cambios posturales realizados, mientras la persona se encuentra deambulando o al realizar actividades cotidianas; este dolor es en la columna vertebral pero también se irradia al tórax o al abdomen, dependiendo de la afectación puede provocar disfagia, tortícolis y si existe un problema neurológico o una deficiencia puede provocar hipoestesia, adormecimiento y calambres en determinada extremidad, como se mencionó anteriormente.

En síntesis, los síntomas habituales pueden ser:

- Febrícula o ausencia de fiebre con buen estado.
- Menores de 3 años: irritabilidad, retroceso en su aprendizaje con la marcha, dolor rechazo de la marcha y del dolor con la bipedestación y la sedestación.
- Mayores de 3 años: dolor lumbar, en caderas o con la deambulación, sólo la posición de decúbito supino puede aliviar de forma moderada el dolor. Existen casos que también presentan cuadros gastrointestinales como dolor, náuseas y anorexia. (Gamero, Tomé, Conejo, Granado, & Contreras, 2011)

DIAGNÓSTICO

La clínica de la espondilodiscitis es inespecífica, por lo que, con frecuencia, se confunde con otros procesos como artrosis, osteoporosis y neoplasias metastásicas. El diagnóstico de la espondilodiscitis debe plantearse en todo

paciente con clínica característica (dolor subagudo inflamatorio, déficit neurológico focal, etc.), antecedentes epidemiológicos sugestivos y debe confirmarse mediante las oportunas técnicas microbiológicas y de imagen. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Ante la sospecha clínica se debe realizar un estudio analítico con reacción en cadenas de polimerasa (PCR) y radiografía simple del área afectada, si la analítica se muestra elevada pero la radiografía simple es normal se deben solicitar pruebas de imagen como resonancia magnética o tomografía axial computarizada. De forma sistemática, deben extraerse hemocultivos dado que son positivos en el 25-70% de los casos, sobre todo en infecciones hematógenas. Dado que en general la espondilodiscitis es una infección monomicrobiana, no es necesario realizar más pruebas diagnósticas en el paciente con hemocultivos positivos. En espondilodiscitis posquirúrgicas es más frecuente la infección polimicrobiana y puede existir cierta discordancia entre los cultivos de sangre y del tejido vertebral, por lo que se deben considerar ambas técnicas en casos seleccionados. El drenaje percutáneo o quirúrgico de los focos de vecindad, como el absceso epidural o paravertebral, permite el diagnóstico microbiológico en una gran proporción de los pacientes. También son muy útiles los cultivos procedentes del foco de origen de la infección (urinario, cutáneo, etc.) en aquellos pacientes en que exista una clara relación causal con la espondilodiscitis. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Si los resultados de estos cultivos son negativos, el diagnóstico microbiológico debe confirmarse mediante una biopsia vertebral. La biopsia quirúrgica abierta se reserva para pacientes en quienes la biopsia percutánea haya sido negativa, aunque algunos autores prefieren efectuar una segunda biopsia percutánea antes de la quirúrgica. La sensibilidad de la biopsia percutánea es algo inferior (50-75%) a la quirúrgica (78-86%). Si el resultado de los cultivos previos es negativo, en general se recomienda realizar una segunda biopsia quirúrgica. En pacientes de alto riesgo quirúrgico se puede administrar un ciclo de antibioterapia empírica durante 2-4 semanas y reservar la cirugía para los

casos que no respondan a dicho tratamiento. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Todas las muestras deben procesarse para cultivo de aerobios, anaerobios, micobacterias y hongos, así como para estudio histológico. En la decisión sobre la secuencia temporal de los diferentes procedimientos debe tenerse en cuenta la situación general del paciente, la localización y gravedad de la infección y la experiencia local de los equipos de cirugía y radiología intervencionista. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

En resumen, se puede definir que esta patología se basa en:

Pruebas de laboratorio

- Leucocitos: normales o levemente elevados (en un tercio de los casos).
- La elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG > 30 mm/h) está casi siempre presente.
- La proteína C reactiva (PCR) se encuentra elevada en el 50% de los casos y es útil para monitorizar el tratamiento.
- Hemocultivos: tienen un bajo rendimiento.
- Se debe realizar la prueba de la tuberculina (PPD) a todo paciente con sospecha de discitis.

También se realizan pruebas de imagen:

- Radiografía de la zona lumbosacra.
- Radiografía lateral de columna.
- Tomografía Axial Computarizada (Gamero, Tomé, Conejo, Granado, & Contreras, 2011)

TRATAMIENTO

- Tratamiento antimicrobiano

El tratamiento por lo general comienza con antibioticoterapia por vía intravenosa hasta dos semanas, si después de este tiempo el paciente ha mejorado se cambia de vía de administración por la vía oral. (Gamero, Tomé, Conejo, Granada, & Contreras, 2011)

Los antimicrobianos tienen escasa penetración en el tejido óseo por las circunstancias fisiológicas características de la osteomielitis (inflamación, isquemia, necrosis, etc.) y es necesario un tratamiento prolongado de altas dosis por vía parenteral para conseguir la curación microbiológica. En general, la espondilodiscitis se trata con pautas de monoterapia y la combinación de antimicrobianos se reserva para las fases de mantenimiento por vía oral. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Mientras se espera el resultado de los cultivos, se puede iniciar una pauta empírica, que debe ser activa frente a estafilococos, estreptococos y bacilos gramnegativos. La más empleada es la combinación de una penicilina semisintética como cloxacilina con cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima o ciprofloxacina. En pacientes con alergia a betalactámicos o sospecha de infección por estafilococos resistentes a meticilina se utiliza vancomicina o teicoplanina en vez de cloxacilina. Una vez establecido el diagnóstico microbiológico la terapia se modifica según los resultados de identificación y antibiograma. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

Si la infección está producida por *Staphylococcus aureus*, se recomienda un ciclo intravenoso de cloxacilina. En pacientes alérgicos a penicilina pueden utilizarse cefalosporinas de primera generación como cefazolina (si no existe hipersensibilidad grave) o glucopéptidos (vancomicina o teicoplanina). Si la evolución es favorable se puede continuar con una pauta oral de quinolonas, cotrimoxazol, cefalosporinas o clindamicina, habitualmente asociadas a rifampicina. En infecciones por bacilos gramnegativos suele emplearse una pauta secuencial de cefalosporinas de tercera generación como cefotaxima, ceftriaxona o ceftazidima por vía parenteral seguida de quinolonas por vía oral. Dada su excelente biodisponibilidad y tolerancia, las quinolonas orales se pueden usar

precozmente, como pauta inicial o bien para sustituir la terapia parenteral, si la bacteria causante de la infección es sensible y se puede asegurar la adherencia del paciente al tratamiento. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

La mayoría de estudios y guías terapéuticas recomiendan un ciclo intravenoso de 4-6 semanas (al menos 4 semanas). En casos avanzados, con extensa destrucción ósea o abscesos, puede ser necesaria una duración superior. En la infección estafilocócica bacteriémica se recomienda un ciclo de 8 semanas con dosis adecuadas de cloxacilina (4 g/día). Mientras que algunos autores consideran suficiente una pauta parenteral de 6-8 semanas, otros recomiendan un ciclo parenteral de 4-6 semanas, seguido de una pauta oral de duración variable (2-3 meses) y en la actualidad no existe acuerdo sobre este aspecto. Desde un punto de vista práctico la terapia antimicrobiana debe mantenerse hasta conseguir una respuesta clínica favorable, con mejoría progresiva del dolor y de la movilidad. Mientras que algunos autores mantienen el tratamiento hasta conseguir la normalización de los parámetros analíticos, otros realizan pautas fijas de 6-8 semanas en los casos no complicados y más prolongadas si existen complicaciones como absceso. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

- Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo el adecuado drenaje y el desbridamiento del tejido inflamatorio para mejorar la perfusión tisular y asegurar la estabilidad y dinámica de la columna. Dado el alto riesgo de complicaciones neurológicas, siempre debe plantearse la eventual necesidad de cirugía en la espondilodiscitis cervical y torácica. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

El foco primario de la infección en la espondilodiscitis es el cuerpo vertebral, por lo que la vía de acceso anterior es la más efectiva. Los procedimientos quirúrgicos de drenaje y fijación pueden realizarse de forma simultánea o bien de forma secuencial en dos tiempos. Por todas estas razones, son múltiples las técnicas quirúrgicas empleadas en la espondilodiscitis, la más aceptada es el drenaje por vía anterior y la fusión vertebral mediante injertos

óseos. Si existe inestabilidad de la columna el drenaje anterior se complementa con una fijación por vía posterior, que puede realizarse de forma simultánea o secuencial. El drenaje de abscesos paravertebral y epidural puede realizarse por vía percutánea guiada por tomografía computarizada o bien mediante cirugía abierta, en función de su localización y extensión. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

- Tratamiento adyuvante

El dolor es un síntoma constante que precisa una analgesia adecuada mediante fármacos antiinflamatorios y opiáceos. El reposo suele ser necesario en fases iniciales del tratamiento (aproximadamente 1-2 semanas) y en el postoperatorio. (Pintado, Epondilitis infecciosa, 2018)

1.1. JUSTIFICACIÓN

La espondilodiscitis es una patología con gran importancia para estudiarla, me parece un tema interesante por la complejidad que tiene para poder ser diagnosticada, su manifestación clínica inicia con dolor vertebral e inflamación en la misma y esto permite que se diagnostiquen más patologías sin considerar una espondilodiscitis como primera opción, sin embargo se establecen exámenes que ayudan a obtener un diagnóstico final.

Durante mi cuidado en la estancia hospitalaria de esta paciente pude observar la preocupación y agotamiento físico y psíquico por parte del paciente y de sus familiares por la cantidad de exámenes y procedimientos quirúrgicos a los cuales tuvo que ser sometida, en vista de lo sucedido, fue posible plantear los distintos procesos de atención de enfermería que esta paciente tenía que recibir debido al estrés, ansiedad y preocupación que le generaba el estar en un centro hospitalario y lejos de su comodidad.

Este estudio de caso clínico permitirá conocer los objetivos e intervenciones de un cuidado enfermero frente a una paciente diagnosticada con espondilodiscitis lumbar.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en adulto mayor con espondilodiscitis lumbar.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la información personal y antecedentes patológicos del paciente presentado con espondilodiscitis lumbar.
- Detallar el proceso aplicado y mediante las teorías de Marjory Gordon identificar los patrones funcionales afectados del paciente.
- Analizar el Proceso De Atención de Enfermería (PAE) utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC verificando de esta manera el diagnóstico, objetivos e intervenciones en este paciente con espondilodiscitis lumbar.

1.3. DATOS GENERALES

DATOS PERSONALES

- Número de Historia Clínica: 531941
- Número de cédula: 0902218072
- Apellidos: Espinoza Gómez
- Nombres: Nelly Graciela
- Nivel de estudio: Primaria incompleta
- Edad: 68 años
- Sexo: Femenino
- Etnia: Mestizo
- Estado Civil: Casada
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Lugar de Nacimiento: Guayaquil
- Dirección: Cdla. Guangala, Guayaquil
- Residencia Actual: Guayaquil

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

- Hábitos Fisiológicos:
- Alimentación: Se alimenta de 3 a 5 veces al día
- Diuresis: Orina clara, Sonda Vesical
- Digestión: Normal
- Sueño: Alterado
- Sexualidad: Alterado

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente transferida de Hospital Naval General de Guayaquil para manejo integral por traumatología por absceso infraespinal, el médico refiere que el paciente hace 22 días se encontró hospitalizada y manejada con antibioticoterapia. Menciona además que paciente se encontró internada en el servicio de terapia intensiva por 8 días por septicemia (hemocultivo previo con *Staphylococcus aureus*).

ANTECEDENTES

Antecedentes Patológicos Familiares:

- Sin antecedentes patológicos.

Antecedentes Patológicos Personales:

Cardiovasculares:

- Hipertensión Arterial

Respiratorio:

- Sin antecedentes patológicos.

Gastrointestinales:

- Sin antecedentes patológicos.

Nefrourológicos:

- Sin antecedentes patológicos.

Neurológicos:

- Sin antecedentes patológicos

Hematológicos:

- Anemia, ingresa con HB 9.40

Infectológicos:

- Septicemia (hemocultivo Staphylococcus aureus)

Endocrinológicos:

- Diabetes Mellitus II
- Hipotiroidismo

Quirúrgicos:

- Ligadura

Traumatológicos:

- Discitis

Ginecológicos:

- Gestas: 2
- Cesáreas: 2

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente de 68 años que ingresa referida al Hospital Militar de Quito por absceso infraespinal, acude para manejo quirúrgico por parte de traumatología, por lo cual se decide su ingreso hospitalario para seguimiento y tratamiento de la

patología. Actualmente paciente estable, orientada en tiempo, espacio y persona, colaboradora y en compañía de familiares.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Signos Vitales

- Presión Arterial: 150/90 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 latidos x'
- Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones x'
- Temperatura: 36.5°C
- Saturación de Oxígeno: 90%
- Peso: 79 kg
- Talla: 1,57 cm

Valoración Cefalocaudal

- Piel: Color pálido, suave.
- Cabeza: Normocefálica, simétrica, buena implantación de cabello.
- Cara: Simétrica, pupilas isocóricas, normoreactivas.
- Cuello: No adenopatías, no ingurgitación yugular, movimientos conservados.
- Tórax: Simétrico, tórax y mamas sin adenopatías.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, en región de hipogastrio presencia de globo vesical, no doloroso, no signos de peritonismo, no megalias.
- Extremidades superiores: Simétricas, sin laceraciones, sin edema, presenta vía periférica permeable en miembro superior izquierdo.
- Extremidades inferiores: Simétricos, no presenta edemas.
- Estado Neurológico: Paciente orientada en tiempo, espacio y persona, marcha limitada.

Valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1. Percepción-Manejo de Salud

Paciente presenta como antecedentes 22 días hospitalizados y 8 días en cuidados intensivos, ingresa a hospitalización en el HE-1.

Patrón 2. Nutricional-Metabólico

El peso actual es de 79 KG y su talla es 1,57, por ende su IMC queda en 32.0 lo que indica una obesidad grado I.

Patrón 3. Eliminación

Intestinal: Sin alteraciones.

Urinaria: Sonda Vesical.

Cutánea: Sin alteraciones.

Patrón 4. Actividad-Ejercicio

Paciente no realiza actividad física.

Patrón 5. Sueño-Descanso

Sin alteraciones.

Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo

Paciente en ocasiones irritable por tanto manejo de parte del personal de enfermería y médicos.

Patrón 7. Auto percepción

Paciente con sistema de drenaje en región lumbar.

Patrón 8. Rol-Relaciones

Paciente a cargo de cuidadora, en ocasiones pedía ver a sus hijas porque se sentía sola.

Patrón 9. Sexualidad-Reproducción

No refiere.

Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés

Paciente reside en Guayaquil y al encontrarse en otra ciudad se siente incómoda. Refiere intolerancia a la situación en la que se encuentra, un mes después pide alta voluntaria.

Patrón 11. Valores-Creencias

Refiere ser católica.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

A la paciente se le realizaron los siguientes exámenes:

- Exámenes de Laboratorio:

BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Exámen	Resultado	Valor de Referencia
Leucocitos	3.52k/ul	4.00-10.00
Hemoglobina	9.40g/dl	13.00-16.60
Hematocrito	28.2%	41.0-51.0
Monocitos	0.44k/ul	0.09-0.97
Eosinófilos	0.20k/ul	0.05-0.54
Linfocitos	0.6k/ul	1.0-4.9
Neutrófilos	2.3k/ul	2.1-7.0
Basófilos	0.01	0.000.12
Plaquetas	223k/ul	150-450
BIOQUÍMICA		
Glucosa Basal	190.2mg/dl	70.0-100.0
Urea	50.8mg/dl	10.0-50.0
Creatinina	0.71mg/dl	0.70-1.30
ELECTROLITOS		
Sodio	134mmol/l	136-145
Potasio	3.82mEq/l	3.50-5.00

Cloro	102mEq/l	96-110
-------	----------	--------

Fuente: Exámenes realizados al paciente, obtenidos de su historia clínica.

- **Resonancia Magnética:** Se observa un absceso infraespinal entre L2 y L5. (Anexo1)

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

- **Diagnóstico presuntivo:** Absceso lumbar
- **Diagnóstico diferencial:** Infección con *Staphylococcus aureus*
- **Diagnóstico definitivo:** Espondilodiscitis lumbar

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Conductas que determinan el origen del problema

- Absceso en zona lumbar
- Hemocultivo con *Staphylococcus aureus*
- Shock séptico

Procedimientos a realizar

- Ingreso al área de hospitalización del servicio de traumatología
- Tomar signos vitales
- Canalizar una vía periférica
- Administrar medicamentos según las indicaciones médicas
- Solicitar interconsultas con otras especialidades para autorización de quirófano

- Limpieza quirúrgica por parte de traumatología (Anexo 2)
- Cuidados de enfermería



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

NANDA: 00044
NOC: 1104
NIC: 3660

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

R/C: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

E/P: LESIÓN TISULAR

DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA

CLASE L: INTEGRIDAD TISULAR

ETIQUETA 1104: CURACIÓN ÓSEA

CAMPO: II FISOLÓGICO: COMPLEJO

CLASE: I CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS

ETIQUETA: 3660 CUIDADO DE LAS HERIDAS

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
FORMACIÓN DE CALLO			X		
RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN OSEA			X		
INFECCIÓN ÓSEA					X
EDEMA			X		

- ACTIVIDADES**
- DESPEGAR LOS APÓSITOS Y ESPARADRAPO.
 - MONITORIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA, INCLUYENDO DRENAJE, COLOR, TAMAÑO
 - REFORZAR EL APÓSITO SI ES NECESARIO.
 - INSPECCIONAR LA HEIDA CADA VEZ QUE SE REALIZA EL CAMBIO DE VENDAJE.
 - ENSEÑAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA LOS PROCEDIMIENTOS DE CUIDADO DE LA HERIDA.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



NANDA: 00214
NOC: 1300
NIC: 4640

DISCONFORT
 DOMINIO 12. CONFORT

R/C: SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

E/P: IRRITABILIDAD, SENSACIÓN DE DISCONFORT.

M
E
T
A
S

DOMINIO III: SALUD PSICOSOCIAL

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
RENUNCIA AL CONCEPTO PREVIO DE SALUD PERSONAL				X	
RECONOCE LA REALIDAD DE LA SITUACIÓN DE SALUD			X		
EXPRESA AUTOESTIMA POSITIVA	X				
MUESTRA RESISTENCIA			X		

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

CLASE N: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL

ETIQUETA 1300: ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD

- ACTIVIDADES**
1. ESTABLECER UNA COMPENETRACIÓN Y RELACIÓN DE CONFIANZA BÁSICAS CON EL PACIENTE.
 2. UTILIZAR UN ACERCAMIENTO QUE SEA SERENO Y QUE DÉ SEGURIDAD.
 3. ANIMAR AL PACIENTE A QUE BUSQUE AYUDA DE PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA U OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DURANTE LOS PERIODOS EN QUE AUMENTE LA TENSIÓN.
 4. ANIMAR A UTILIZAR LA COLABORACIÓN PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS.

CAMPO III: CONDUCTUAL

CLASE P: TERAPIA COGNITIVA

ETIQUETA 4640: AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



RIESGO DE SANGRADO
DOMINIO 11. SEGURIDAD/PROTECCIÓN

NANDA: 00206
NOC: 1902
NIC: 3662

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O

R/C: HERIDA QUIRÚRGICA

E/P:

DOMINIO IV: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD

CLASE T: CONTROL DEL RIESGO Y SEGURIDAD

ETIQUETA 1902: CONTROL DE RIESGO

CAMPO II: FISIOLÓGICO COMPLEJO

CLASE L: CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS

ETIQUETA 3662: CUIDADO DE LAS HERIDAS DRENAJE CERRADO

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
IDENTIFICA LOS FACTORES DE RIESGO			X		
CONTROLA LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES			X		
EVITA EXPONERSE A LAS AMENAZAS PARA LA SALUD			X		

- ACTIVIDADES**
1. REUNIR EL EQUIPO Y SUMINISTROS NECESARIOS A LA CABECERA DE LA CAMA DEL PACIENTE.
 2. EVITAR LA TRANSFERENCIA DE MICROORGANISMOS.
 3. MONITORIZAR LA PRESENCIA DE SIGNOS DE INFECCIÓN, INFLAMACIÓN Y MOLESTIAS ALREDEDOR DEL DRENAJE.
 4. REGISTRAR EL VOLUMEN DEL DRENAJE.

2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

La espondilodiscitis exige tener un cuidado minucioso con el paciente que la padece, en este caso es por el absceso que se presenta a nivel lumbar y en consecuencia una infección con *Staphylococcus aureus*, el rol de enfermería es dar el cuidado y acciones necesarias para mantener su buen estado físico y psicológico.

Dado este prefacio se puede empezar a mencionar los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon los cuales fueron revisados y así se pudo identificar los patrones alterados permitiendo crear un plan de cuidado de enfermería.

2.8. SEGUIMIENTO.

El presente caso clínico analiza el proceso de atención de enfermería a un adulto mayor de sexo femenino de 68 años de edad que es trasladada al Hospital Militar de Quito desde el Hospital Naval General de Guayaquil por aparente cuadro de absceso infraespinal (paravertebrales inferiores izquierdos), el médico manifestó que el paciente hace 22 días se encontró hospitalizada y tratada con antibioticoterapia, además se encontró internada en el servicio de terapia intensiva por 8 días por cuadro de shock séptico.

En virtud de los antecedentes acude al Hospital Militar de Quito para resolución por servicio de traumatología con hoja de transferencia, trasladada en ambulancia en compañía de personal médico.

Interconsulta a Infectología

19/06/2021 Se recibe un hemocultivo del del Hospital Naval General de Guayaquil, este reporta *Staphylococcus aureus* oxaresistente sensible a

quinolona, por esta razón se hace interconsulta con infectología y ellos deciden asociar esquema terapéutico con ciprofloxacina y retirar la sonda vesical porque es un foco de infección.

10/07/2021 Se recibe cultivo de secreción de absceso lumbar que reporta *Proteus mirabilis*, por lo que se decide añadir a esquema terapéutico Meropenem.

Interconsulta a Endocrinología

Se realiza una interconsulta con Endocrinología porque en los exámenes se evidencia un mal control glucometabólico y perfil tiroideo, por esta razón se suspende la cirugía y se monitoriza al paciente en las glicemias:

06H00 153 **12H00** 186 **16H00** 205 R2 **22H00** 162

06H00 178 N10 **12H00** 175 **16H00** 165 **22H00** 149

Interconsulta a Medicina Interna

Paciente con HB de 9.40 se decide pasar 2 paquetes globulares el 04/07/2021 y otros 2 paquetes el 08/07/2021 y se interconsulta con Medicina Interna por antecedentes de alteraciones de electrolitos e hipoalbuminemia, por desequilibrio hidroelectrolítico se inicia corrección rápida y control con electrolitos, también se inicia albúmina por hipoalbuminemia. Prescriben pasar Solución Salina 0.9% 100cc + 40meq de potasio, intravenoso en 3 horas. Albúmina Humana 20% pasar intravenoso cada 8 horas.

04/07/2021 2 Paquetes globulares

08/07/2021 2 Paquetes globulares

19/07/2021 1 Paquete globular

Interconsulta a Cardiología

Para autorización prequirúrgica y descartar endocarditis se realiza seguimiento por cardiología, realizan un electrocardiograma sin novedades, al momento P/A: 150/90.

Procedimiento quirúrgico por traumatología

PROCEDIMIENTO:

- Se realiza limpieza quirúrgica con desbridamiento importante y minucioso del tejido necrótico infectado.
- Lavado con 2000 ml de suero fisiológico.
- Irrigación temporaria con 50 ml de suero y 160mg de gentamicina.
- Revisión de la hemostasia.
- Colocación de sistema de vacío con esponja.(Anexo 3)
- Síntesis de piel con 3 puntos de aproximación con prolene 2-0.

Procedimientos quirúrgicos:

06/7/2021 Limpieza quirúrgica + colocación de VAC + Cultivo.

09/7/2021 Limpieza quirúrgica + retiro de VAC + Aproximación de herida + Cultivo.

13/7/2021 Limpieza quirúrgica + Toma de cultivo + Colocación de sistema VAC.

16/07/2021 Limpieza quirúrgica + Toma de cultivo + Colocación de sistema VAC.

21/7/2021 Retiro de VAC + Desbridamiento de tejido muscular y tejido celular subcutáneo.

03/08/2021: Limpieza + Recolocación de VAC.

Interconsulta con Nutrición

Designan un plan nutricional: dieta blanda hipograsa hipocalórica hiperproteica, para diabético - para reducción de peso, rica en albumina, omega 3, potasio, sodio. Fraccionada en 5 tiempos de comida + módulo de proteína (ensoy proteína) 3 medidas al día.

Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos

Paciente con difícil acceso venoso periférico, por lo tanto se llamó al servicio de UCI para que coloquen una vía central el 20/07/2021.

Nota de Traumatología

Paciente pide alta voluntaria el 02 de agosto del 2021.

Alta el 05/08/2021 (Anexo 4)

2.9. OBSERVACIONES

Paciente con alta, continúa en observación por consulta externa, llevando sus controles mensuales, con su herida del absceso lumbar cicatrizando bien, en buen estado, alimentándose de acuerdo a las indicaciones médicas, por lo tanto su peso va disminuyendo, emocionalmente va mejorando ya que se encuentra en su hogar y junto a su familia.

CONCLUSIONES

En definitiva, se pudo aplicar el proceso de atención de enfermería en adulto mayor con espondilodiscitis lumbar gracias al manejo que se realizó basándonos en los cuidados de enfermería y las intervenciones a realizar las cuales fueron cumplidas.

En virtud de la colaboración del paciente con la información indagada se pudo obtener y describir de forma clara toda su información personal y mencionar sus antecedentes patológicos.

También fue posible detallar las teorías de Marjory Gordon identificando cuáles estaban afectadas y así poder mejorar los patrones que se veían alterados, patrones que fueron estudiados y en su mayoría fue posible darles solución y mejora para que el paciente pueda estabilizar su estado de salud.

Se aplicó el PAE para determinar el diagnóstico, objetivos e intervenciones de las distintas afecciones del paciente, junto a sus cinco etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Como resultado del PAE, resaltando los diagnósticos fue posible detallar los siguientes: deterioro de la integridad tisular, disconfort y riesgo de sangrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blásquez, G., & Tomé, G. (2010). *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado el 20 de Agosto de 2021, de Protocolos: Infecciones: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/discitis.pdf>
- Gamero, D. B., Tomé, M. I., Conejo, P. R., Granado, I. G., & Contreras, J. R. (2011). *Discitis o espondilodiscitis*. Obtenido de <file:///C:/Users/CAMILA%20PACHECO/Downloads/Discitis%20o%20espondilodiscitis.pdf>
- González, P., & Chaves, A. (2009). Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería*, 47-76.
- Graña, D., Gutiérrez, M., Torres, D., Perendones, M., & Dufrechou, C. (Octubre de 2014). Espondilodiscitis Bacteriana Inespecífica: una afección con incidencia creciente. *Scielo*, 55-59. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2014000200003
- Krucik, G. (Enero de 2018). *Health tools*. Obtenido de Discitis: <https://healthtools.aarp.org/es/health/discitis>
- Pintado, V. (Octubre de 2008). *Elsevier*. Obtenido de Espondilitis infecciosa: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-espondilitis-infecciosa-13127458>
- Pintado, V. (2018). Epondilitis infecciosa. *ELSEVIER*, 510-517. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-espondilitis-infecciosa-13127458>
- Ramírez, M., Sánchez, D., & Fernández, S. (Abril de 2013). Espondilodiscitis, experiencia en nefrología. *SCIELO*, 2. Obtenido de Espondilodiscitis con absceso epidural: https://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v33n2/original_breve1.pdf

ANEXOS



Anexo 1. Absceso en zona lumbar entre L2 y L5.



Anexo 2. Limpieza quirúrgica.



Anexo 3. Colocación de VAC



Anexo 4. Herida al momento del alta.