



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON ESPONDILODISCITIS HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE 2019**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Chayán Zeña Nancy Roxana

Asesora:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

Línea de Investigación:

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel - Perú

2019

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
PACIENTE CON ESPONDILODISCITIS HOSPITAL
REGIONAL LAMBAYEQUE, 2019
PRESENTADA POR**

CHAYÁN ZEÑA NANCY ROXANA

A la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el grado de

BACHILLER EN ENFERMERIA

APROBADO POR

Mg. Perleche Fuentes Gladys del Rosario
Presidenta

Mg. Villafranca Velásquez Rosa Luz
Secretario

Mg. Bravo Balarezo Flor de María
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis Hijas Jimena Abigail y Antonella Alessandra por toda su comprensión y sacrificio, hoy digo meta alcanzada, ya que fueron mi motor y motivo del día a día donde estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mis Padres: Marcelino, que desde el cielo guía mis pasos. María, por creer y velar por mí y mis hijas, dándome ejemplos dignos de superación, siendo mi apoyo en todo momento, guía y consuelo.

A mis hermanos y amigos, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Nancy Roxana

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de vivir, acompañarme, guiarme y bendecir todos mis miedos y obstáculos.

A mis maestros no solo de la carrera sino de toda la vida que me han aportado un conocimiento, y hacernos crecer como persona

Al Hospital Regional por la gran oportunidad que me brinda para realizar el proceso de enfermería.

A la universidad por la formación académica brindando sus valores, virtudes del día a día.

A los jurados por compartir nuestras experiencias y ser parte de nuestra formación académica y evaluadora.

Nancy Roxana

RESUMEN

El proceso de enfermería es el método sistemático mediante el cual se aplica a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución del problema que va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El presente trabajo de investigación se pone en práctica el proceso de cuidado de enfermería aplicado a un adulto maduro de 40 años de vida, sexo masculino, quien se encontró hospitalizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Lambayeque. Con diagnóstico médico Espondilodiscitis Este proceso va respaldado bajo el “modelo de las necesidades fundamentales” de Virginia Henderson, Según Virginia Henderson la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados. En la fase de valoración se utilizó la observación, entrevista semiestructurada en examen físico y en la historia clínica. Por otro lado en la etapa diagnóstica se identificaron los diagnósticos Dolor crónico (00133), Ansiedad (00146), Deterioro de la movilidad física (00085), Déficit de autocuidado baño / higiene (00108), Riesgo de infección (00004), Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179), como principal riesgo: Dolor r/c expresión facial de dolor quejumbrosa escala de EVA 9. Por lo tanto, se concluyó que, enfermería tiene un papel decisivo en la prevención y tratamiento es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente, su bienestar de la misma en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales.

Palabras claves: Henderson, Proceso de cuidado de Enfermería, Atención de Enfermería, Espondilodiscitis, adulto maduro.

ABSTRACT

The nursing process is the systematic method by which it is applied to the practice of nursing. It is a deliberative approach to solving the problem that is aimed at meeting the needs of the client or the family system. This research work puts into practice the nursing care process applied to a mature adult of 40 years of age, male, who was hospitalized in the Internal Medicine service of the Lambayeque Regional Hospital. With a medical diagnosis Spondylodiscitis This process is supported by the “fundamental needs model” of Virginia Henderson. According to Virginia Henderson, the nurse and the patient devise the care plan together. In the assessment phase, observation, semi-structured interview in physical examination and in the medical history were used. On the other hand, in the diagnostic stage the diagnoses were identified Chronic pain (00133), Anxiety (00146), Impaired physical mobility (00085), Deficit of self-care bath / hygiene (00108), Risk of infection (00004), Risk of Unstable blood glucose level (00179), as the main risk: Pain r / c facial expression of complaining pain VAS scale 9. Therefore, it was concluded that nursing plays a decisive role in prevention and treatment, it is essential to promote self-care for achieve an improvement in the patient's quality of life, their well-being in the shortest possible time, reducing direct and indirect costs, both human and material that requires cognitive, technical and interpersonal skills.

Keywords: Henderson, Nursing care process, Nursing care, Spondylodiscitis, mature adult.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: ETAPA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	2
1.- VALORACIÓN DE CRIBADO O INICIAL.....	2
1.1. Recolección de datos: Historia de salud de enfermería: valoración de enfermería por dominios.....	2
1.2. Conclusión de la valoración de enfermería: Redacción de la situación de la enfermería en la persona cuidada.....	4
1.3. VALORACIÓN POR DOMINIOS.....	6
1.4. Análisis y confrontación de la literatura.....	8
1.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO SEGÚN NANDA.....	13
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	14
2.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	14
2.2 Aspectos éticos.....	14
III. PLANIFICACIÓN.....	15
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
V. CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de las espondilodiscitis infecciosas afectan sólo a un segmento raquídeo; la columna lumbar y las últimas vértebras dorsales son las afectadas con más frecuencia. Esta enfermedad es, principalmente, de adultos en su quinto decenio de vida; la incidencia ajustada por edad aumenta con cada década a partir de entonces. Los varones parecen ser afectados dos veces más que las mujeres, la razón de ello se desconoce. (1)

El proceso de enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación por tener un carácter metodológico (2).

Proceso de enfermería está basado en el pensamiento lógico, habilidades, y en el método científico, regido por un código ético que se ocupa de la salud, constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica con el objetivo de atender las necesidades de la persona, familia, y su interrelación con el entorno.

El presente proceso de Enfermería se realizó a una persona con Espondilodiscitis,” en el hospital Regional Lambayeque estuvo basado en la teoría de Virginia Henderson quien afirma que la enfermera y el paciente idean juntos el plan de cuidados. La enfermera debe ser capaz no sólo de valorar las necesidades humanas del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes para saber qué necesita. (3).

Se identificaron seis diagnósticos de enfermería: Dolor crónico, Deterioro de la movilidad física, Ansiedad, Déficit de autocuidado baño / higiene, Riesgo de infección, Riesgo de nivel de glucemia inestable

Como estudiante en formación de enfermería se deberá aplicar los conocimientos para tener un buen resultado, generando una buena calidad de vida en la persona y familia.

CAPITULO I: ETAPA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1.- VALORACIÓN DE CRIBADO O INICIAL

1.1. Recolección de datos: Historia de salud de enfermería: valoración de enfermería por dominios.

Datos de afiliación:

- 1. Nombre:** Díaz Delgado Jairzinho Sebastian
- 2. Edad:** 40 años
- 3. Etapa de la Vida:** Adulto Maduro
- 4. Estado Civil:** Casado
- 5. Lugar de Procedencia:** Chiclayo
- 6. Religión:** católica
- 7. Fecha de Ingreso:** 05/09/2018
- 8. Motivo de Ingreso:** Dolor intenso en región lumbar.
- 9. Diagnóstico Médico:** Espondilodiscitis

10. Tratamiento médico:

- Dieta blanda + lav (líquidos a voluntad)
- Reposo relativo , cabecera < 30°
- CSV + BHE
- Cloruro de sodio 9% x 1lt
- Tramadol 100mg c/8hrs.
- Vancomicina 500mg EV c/12hrs.
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8hrs.
- Meropenem 500 mg 1 gr EV c/8 hrs
- Tratamiento Antituberculoso esquema I
- Orfenadrina
- Metamizol 1gr Ev c/12 hrs.

11. ANTECEDENTES PATOLÓGICO: Ninguno

12. ANTECEDENTES PERSONALES:

Reacción Adversa a Medicamentos: Ninguno

Antecedentes Patológicos: Ninguno.

Antecedentes Quirúrgicos: Ninguno.

13. Antecedentes Familiares:

Tipo de familia: Nuclear

Dinámica familiar: Existe una dinámica familiar aceptable

Vivienda

Persona refiere mi casa es sencilla, cuenta con agua luz y desagüe

1.2. Conclusión de la valoración de enfermería: Redacción de la situación de la enfermería en la persona cuidada.

Adulto maduro de 40 años de edad, de sexo masculino procedente de la ciudad de Chiclayo, en su 15 día de hospitalización en la cama n 306 del servicio de medicina interna del hospital Regional Lambayeque, despierta, lucido orientada en tiempo espacio y persona, en posición decúbito supino con diagnóstico médico de “Espondilodiscitis”.

Al examen físico se le observa cabello sucio y pegajoso, piel y mucosas secas, conjuntivas pálidas ++/+++, labios secos, en brazo izquierdo eritematoso, abdomen blando depresible, presenta dolor intenso en la región dorso lumbar hace 12 días con la escala de Eva = 9, miembros inferiores debilidad muscular, dolor articular que se ha incrementado, en el transcurso de la semana, con vía permeable en ambos miembros superiores perfundiendo ClNa al 0.9% 1000cc a 30 gts x´ con tramadol 2 ampollas .

Al control de funciones vitales: P.A: 120/80mmHg T°: 37°c SaO2: 97% P: 68x R: 20 x´

Medidas antropométricas: peso 62kg; talla 1.69cm IMC: 23%

A la entrevista paciente refiere “tengo mucho dolor, que me pongan mi ampolla” como me fui a enfermar”, “tengo que trabajar” “estoy preocupado tengo 2 hijos que mantener y 1 viene en camino” “he llevado una vida normal y ahora no puedo moverme” “no pudo ir a bañarme”. Familiar manifiesta” tiene mucho dolor.” “despacio cuando lo toquen”, “pónganle algo para el dolor”, “se le vaya a subir la presión, “no se puede mover, ni levantar.”

13. Tratamiento médico:

- Dieta blanda + lav (líquidos a voluntad)
- Reposo relativo , cabecera < 30°
- CSV + BHE
- Cloruro de sodio 9% x 1lt
- Tramadol 100mg c/8hrs.
- Vancomicina 500mg EV c/12hrs.
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8hrs.
- Meropenem 500 mg 1 gr EV c/8 hrs

- Tratamiento Antituberculoso esquema I
- Orfenadrina
- Metamizol 1gr Ev c/12 hrs.

EXÁMENES AUXILIARES

Glóbulos Blancos: 12100.00 mil/mm³.

Hb: 11.40 g/dl

Hematocrito: 35%

Glucosa basal: 132mg/dl

Urea: 15mg/dl

Orina: 1 -3 campo,

Eosinofilos: 4.0

1.3. VALORACIÓN POR DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la Salud

Adulto maduro de 40 años, de sexo masculino con diagnóstico médico: Espondilodiscitis

Dominio 2: Nutrición

Piel y mucosas secas

Dominio 3: Eliminación e Intercambio

Eliminación:

No se aplica.

Respiración:

Ventilando espontáneamente con frecuencia respiratoria de 22 x

Dominio 4: Actividad Reposo

Actividad:

Se encuentra postrado en cama, debido a inmovilización.

Reposo:

Angustiado por su estado de salud.

Dominio 5: Percepción / Cognición

No presenta ninguna alteración o trastorno nivel neurológico. Se encuentra despierto, lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Dominio 6: Autopercepción

Disposición para mejorar su estado de salud y poder seguir realizando su vida cotidiana.

Dominio 7: Rol y Relaciones

El papel del adulto maduro es de padre y esposo

Fuentes de apoyo hermanos y padres

Cuenta con familia tipo funcional: existe ayuda mutua entre los miembros de la familia.

Dominio 8: sexualidad

Incapacidad para realizar actividad sexual.

Dominio 9: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

Se observa alerta y activo. Esposa refiere: “tengo que trabajar tengo 2 hijos y uno que viene en camino.”

Dominio 10: Principios Vitales

Profesan la religión católica, y están de acuerdo con el tratamiento que está recibiendo; el profesional de salud brinda soporte emocional.

Valores y costumbres procedente de Chiclayo, respetando valorando sus costumbres.

Dominio 11: Seguridad y Protección

A la valoración se encuentra termorregulando con una temperatura corporal de 37 °C.

Se encuentra medios invasivos: sonda Foley y catéter periférico endovenoso.

Dominio 12: Confort

Se encuentra en cama en posición supino y se realiza su cambio de posición cada dos horas.

Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo

No se aplica.

1.4. Análisis y confrontación de la literatura

El presente proceso de enfermería, se realizó a un adulto maduro con diagnóstico médico de Espondilodiscitis,” estuvo basado en la teoría de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas humanas, quien afirma que la enfermera y la persona enferma deben trabajar juntos por una independencia o una muerte tranquila.

Entre los problemas detectados a D.D.J.S, encontramos los siguientes:

El dolor es catalogado según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (Association for the Study of Pain) como una experiencia de carácter desagradable y que está ligada al daño potencial o real de los tejidos y que es subjetivo a cada persona. La clasificación del dolor en la espondilodiscitis se manifiesta mediante su duración, patogenia, localización, curso, intensidad y que afectado de manera significativa el funcionamiento de la persona.(1)

El dolor se presenta en el paciente D.D.J.S como dolor de desesperación, ansiedad, intranquilidad y angustia

La espondilodiscitis también conocida como osteomielitis vertebral, es el proceso de colonización e infección del espacio discal y de los cuerpos vertebrales adyacentes. La infección independiente del disco se denomina discitis y la de una vértebra se designa espondilitis, Cuando existe afectación de la columna cervical los síntomas son variados y van desde dolor, enrojecimiento, inflamación ardor y picazón tortícolis y limitación de la movilidad del cuello, hasta la presentación con signos neurológicos como diplejía. Por otro lado las manifestaciones de carácter psicológicos son pocas y se limitan a la aparición de ansiedad de magnitud leve. (1)

Está alterado el manejo del dolor en el paciente lo que causa desesperación, fatiga y debilidad hasta dejarla inconsciente y sin fuerzas para poder respirar, cuya recuperación es más lenta, representando un peligro tanto fisiológico como psicológico para la salud (2). Mientras que el dolor crónico, no posee una función protectora y se considera como una enfermedad. El dolor lumbar es constante y es de carácter inflamatorio; pues si la infección se expande a través del canal medular, se verán afectados los nervios o la misma médula espinal pudiendo generarse dolor en forma de parestesias, paresia o parálisis.

Las complicaciones que se da en el paciente D.D.J.S es la ansiedad que conlleva a una desesperación, cólera, irritabilidad haciendo su recuperación sea más lenta dando lugar a que haga más larga su estancia hospitalaria, esto incluye la dorsalgia a una afección espinal que es secundaria a la diseminación desde otro foco,

Por lo tanto, se concluye con el siguiente diagnóstico Dolor crónico (00133) r/c agentes lesivos s/a Espondilodiscitis m/p expresión facial de dolor, quejumbroso, escala de EVA= 09 “Tengo mucho dolor, que me pongan mi ampolla.

El deterioro de la movilización es conceptualizado por la NANDA como pérdida o limitación en la capacidad de movilización de forma dependiente y que involucra todo su cuerpo o de una o más extremidades, pudiéndose presentar de forma irreversible y por consiguiente se tendrá que hacer uso de ayuda, en la disminución de la fuerza o del control del sistema musculo esquelético, en la capacidad de coordinación de movimientos anormal o deficiente, y cualquiera de la gran lista de posibles restricciones impuestas, como pueden ser la inmovilización o la tracción (4)

El deterioro de la movilización se presenta en el paciente D.D.J.S con dolor e irritabilidad a la movilización generando una preocupación y estrés.

El plan de calidad para el sistema nacional de Salud 2006-2010 dentro de su octava estrategia para lograr la mejora de la seguridad del paciente, enfatiza en el cuidado en pacientes hospitalizados debido a la inmovilización, definiéndose la movilización como todas aquellas posiciones que la persona ejecuta para realizar actividades de la vida diaria; pues si adoptamos posiciones naturales del cuerpo y buscamos repetirlas en las personas a nuestro cuidado a la hora de su movilización podremos proporcionar comodidad y confort. (5)

Según OMS la inmovilización o sujeción mecánica consiste en limitar el movimiento de una parte o toda la zona afectada, para evitar de esta manera el dolor y asegurar la preservación de la integridad del paciente. (6) Así mismo causan síntomas tales como, enrojecimiento, inflamación ardor y picazón los cuales traen como consecuencia, degeneración de los tejidos, lo que ocasiona prolongada estancia hospitalaria y aumento en los costos de su recuperación. (7)

Esta alterado, en la necesidad de moverse y mantener una buena postura por la incapacidad del paciente para realizarse sus actividades por la presencia del dolor y a su estado crónico de inmovilidad física, sabiendo que esta enfermedad produce irritabilidad, obstruye tejidos haciendo una degeneración de la piel.

Las complicaciones que puede presentar el paciente D.D.J.S son presentar úlceras por decúbito, las cuales pueden ser evitadas con la movilización y cambio de posición del paciente, así el paciente puede presentar dificultad a la de ambulación por debilidad de ambas extremidades inferiores acompañada de parestesias, sin llegar a afectar esfínteres.(8)

Se concluye con el diagnóstico: Deterioro de la movilidad física (00085) r/c Deterioro musculoesquelético, disminución de la fuerza muscular a su enfermedad m/p “Llevaba una vida normal y ahora no puedo moverme”.

Toda persona cuando se ve afectada su salud experimenta reacciones de tipo emocionales, las cuales dependerán del tipo de enfermedad y su personalidad, pudiendo ser ansiedad producida originada por el miedo a experimentar dolor o depresión. (9).

La ansiedad se presenta en el paciente D.D.J.S con alteración en su ritmo de vida, pues al conversar con él manifiesta “que como me pudo pasar esas cosas”. Así la ansiedad es un mecanismo eficaz porque ocasiona una serie de respuestas que nos ayuda hacerle frente a los problemas; pero en otras circunstancias puede ser letal, causando malestar y problemas para la salud de la persona. (10)

La ansiedad desencadena mecanismos de lucha para afrontar las situaciones estresantes, mediante una serie de cambios fisiológicos entre los cuales se puede evidenciar el aumento del flujo de sangre a los músculos y corazón Sin embargo, la ansiedad es m como una enfermedad cuando aparece intempestivamente y origina comportamientos que imposibilitan a la persona realizar sus actividades de forma normal. (11)

Por otro lado la OMS dice que la salud mental es un factor muy importante en la salud, pues estos trastornos se presentan con mucha frecuencia independiente de la edad de la persona y afectan significativamente la capacidad productiva de la persona. Así a nivel mundial se presentan más de 300 millones de personas con depresión y 260 millones con ansiedad. (12) Por consiguiente los signos y síntomas de la ansiedad originan cansancio, problemas al dormir, tensión y dolor a nivel muscular, temblor, nervios, exceso de sudor, sensación nauseosa, estomago flojo o intestino irritable; asimismo la ansiedad dificulta la capacidad de comunicarse con los demás produciendo estrés.

Entre las complicaciones producidas por la ansiedad migraña tenemos a la migraña, que cursa como un dolor de tipo pulsátil, localizado en ambos extremos de la cabeza y cuya intensidad empeora al realizar esfuerzos, estar expuesto a luz intensa, ruidos fuerte y constante, inanición. (13)

Se concluye con el diagnóstico: Ansiedad (00146) r/c expresa preocupaciones debidas a cambios vitales s/a hospitalización m/p “Estoy preocupado porque tengo que mantener a mis dos hijos y uno que viene en camino”.

Las infecciones del catéter endovenoso comienzan por lo general en el extremo distal del catéter y luego avanzan a través del lumen de este llegando a la sangre; presentándose por lo general en personas que han mantenido los catéteres por más de 96 horas o en los cuales no se hayan utilizado técnicas de asepsia para su colocación y los microorganismos de mayor incidencia en infecciones tenemos al *Staphylococcus aureus*. (14)

El riesgo de infección que pudo presentar en el paciente D.D.J.S es por la colocación de catéter venoso en ambos miembros superiores en cual en un brazo presentaba enrojecimiento y edema. En los catéteres arteriales, la incidencia de infecciones es menor que en los venosos y entre los factores de predisponen esta enfermedad tenemos: sistemas de monitoreo abiertos y flujo sanguíneo que pasa a través del catéter y los sistemas hemodinámicos, que pueden comprometer la salud. (14)

Asimismo en el caso de estudio se encuentra alterada la necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel ya que tiene una vía endovenosa en el miembro superior izquierdo la cual le puede causar una infección sino se tiene una bioseguridad y asepsia adecuada.

Por lo que se concluye con el diagnóstico Riesgo de infección (00004) r/c procedimientos invasivos s/a vía periférica.

La glicemia es una prueba realizada con la sangre para medir los niveles de la glucosa sanguínea. En tal medida esta se altera porque la hormona insulina, segregada por el páncreas, tiene como función principal facilitar la entrada de la glucosa circulante al interior de cada célula del organismo, cuando por determinadas irregularidades se acumula una cantidad excesiva de glucosa en la sangre o esta disminuye por debajo de los niveles normales, estamos ante un problema médico de diversa gravedad (15). Algunos de los síntomas de elevación mantenida de la glucosa en la sangre son aumento de la sed, eliminar grandes volúmenes de orina con más frecuencia, visión borrosa, pérdida de peso, cansancio, mala cicatrización de las heridas, entre otras.(15)

El riesgo de glicemia se presentó en el paciente D.D.J.S debido a la variabilidad de examen de hemoglucotex que se le realizaba cada 6 horas Esta alterado en la necesidad de comer y beber adecuadamente ya que por el índice de inestabilidad de la glucosa tiene que recibir una dieta balanceada y equilibrada Las consecuencias de la glicemia presentan descensos

de variable de manera ocasional, puede encontrarse ansiedad, sudoraciones, temblores, hambre e incluso en los casos más graves, confusión mental y pérdida del conocimiento.

También se indica una glicemia en pacientes con factores de riesgo de diabetes, como es en los casos de sobrepeso u obesidad, sedentarismo, familiares cercanos diabéticos, antecedentes de diabetes durante un embarazo, hipertensos, quienes tienen aumento de las grasas sanguíneas como el colesterol, afectados por enfermedades cardiovasculares, (15)

Se concluye con el diagnóstico Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c glicemia 132mg/dl.

1.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNOSTICO SEGÚN NANDA

- Diagnóstico 1.- .- Dolor crónico (00255) r/c agentes lesivos s/a Espondilodiscitis m/p expresión facial de dolor quejumbroso, escala de EVA= 09 “Tengo mucho dolor que me pongan mi ampolla”
- Diagnóstico 2.- Deterioro de la movilidad física (00085) r/c Deterioro musculo-esquelético, Disminución de la fuerza muscular a su enfermedad m/p Incapacidad para moverse.
- Diagnóstico 3.- Ansiedad (00146) r/c crisis situacional s/a hospitalización m/p “Estoy preocupado porque tengo que mantener a mis dos hijos y uno que viene en camino”
- Diagnóstico 4.- Riesgo de infección (00004) r/c procedimientos invasivos s/a vía periférica en ambos brazos.
- Diagnóstico 5 .- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c glicemia 132mg/dl

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

La observación. Es una técnica que me permitió ver en qué condiciones encontré al paciente y poder atender sus necesidades prioritarias

El examen físico se realizó de manera céfalo caudal y para lo cual se hizo uso de los métodos de exploración (inspección, palpación, percusión y auscultación).

La entrevista semiestructurada. Se utiliza la ficha de valoración por dominios elaborada por la escuela de enfermería de la universidad de señor de Sipán (anexo 1), la cual estuvo conformada por 13 dominios que establece la Taxonomía II de la NANDA adaptados para el adulto mayor, los mismos que sirvieron de base para los resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Historia clínica. Documento médico legal donde se pudo tener información real de la enfermedad actual del paciente.

Métodos: El presente estudio tiene un enfoque cualitativo porque los datos obtenidos fueron presentados mediante la recolección de datos de la historia clínica en el hospital regional Lambayeque, es de tipo descriptivo se busca información independiente observable que se tomó como una unidad de análisis a un adulto maduro de 40 años en el mes de mayo elegido de una forma aleatoria (16)

2.2 Aspectos éticos

Este estudio al ser ejecutado en seres humanos asumió como criterios de valor ético los consignados en el informe Belmont (17), siendo los principios éticos básicos:

Beneficencia: Se tuvo presente las decisiones de la persona y evitar que tengan daños, se buscó mantener bienestar en todo momento.

Justicia: Se dio cumplimiento a este principio brindando un tratado digno durante la aplicación del instrumento que fue la entrevista sin revelar los datos.

Respeto a la dignidad humana: Respetando los dos postulados éticos; el de respetar y protegiendo la autonomía antes de proceder a aplicar los instrumentos de recolección de información utilizados para este paciente. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas.

III. PLANIFICACIÓN

Diagnósticos reales:

Nombre del paciente: D.D.J.S

Edad: 40 años

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		
Dolor crónico (00133) r/c agentes lesivos s/a espondilodiscitis, m/p expresión facial de dolor quejumbroso, escala de Eva=9 “Tengo mucho dolor”.		
OBJETIVO		
La persona disminuyo el dolor al cabo de 2 horas posterior a cuidados de enfermería		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>(1605) Control del dolor</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud IV</p> <p>clase: conducta de salud</p> <p>Definición: acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Escala de medición: nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p> <p>Indicadores:</p>	<p>(1400) Manejo del dolor</p> <p>Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable por el paciente.</p> <p>Actividades</p> <p>Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ayuda al paciente a superar el dolor consistente en proporcionar apoyo psicológico, y una forma de mostrar un verdadero interés por él y su entorno. (14)

<p>160502- reconoce el comienzo del dolor</p> <p>Puntuación diana de inicio. 1</p> <table border="1" data-bbox="203 400 645 517"> <tr> <td>N.D</td> <td>R.D</td> <td>A.D</td> <td>F.D</td> <td>S.D</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Puntuación diana de resultado 4</p> <table border="1" data-bbox="203 633 676 750"> <tr> <td>N.D</td> <td>R.D</td> <td>A.D</td> <td>F.D</td> <td>S.D</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Puntuación diana de resultado 4</p> <table border="1" data-bbox="203 866 676 983"> <tr> <td>N.D</td> <td>R.D</td> <td>A.D</td> <td>F.D</td> <td>S.D</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Puntuación diana de resultado 4</p>	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D	1	2	3	4	5	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D	1	2	3	4	5	N.D	R.D	A.D	F.D	S.D	1	2	3	4	5	<p>Controlar los factores ambientales que puedan influir en las respuestas del paciente a las molestias (temperatura de la habitación y ruidos).</p> <p>Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</p> <p>Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo o evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continúa de la experiencia dolorosa.</p>	<p>La enfermera debe de hacer todo lo posible para eliminar o reducir los factores que causan incomodidad, o alteran el reposo y sueño del paciente. (14)</p> <p>La necesidad de descanso no debe de ignorarse, el paciente debe de tener por lo menos 4 a 6 horas de sueño sin interrupciones para lograr la relajación suficiente. (14)</p> <p>La enfermera debe de valorar la calidad, localización, intensidad hora en que se presenta el dolor y duración para observar las reacciones del paciente. (14)</p>
N.D	R.D	A.D	F.D	S.D																												
1	2	3	4	5																												
N.D	R.D	A.D	F.D	S.D																												
1	2	3	4	5																												
N.D	R.D	A.D	F.D	S.D																												
1	2	3	4	5																												

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA														
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad s/a enfermedad m/p “Llevaba una vida normal y ahora no puedo moverme”														
OBJETIVO														
Paciente recupero la integridad cutánea progresivamente durante su estancia hospitalaria con la ayuda de los cuidados de enfermería														
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)		INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO										
<p>(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>Dominio: salud fisiológica (II)</p> <p>clase: integridad tisular (L)</p> <p>Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. Escala de medición: gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <p>Indicadores</p> <p>110104- hidratación</p> <p>Puntuación diana de inicio¹</p> <table border="1"> <tr> <td>G.C</td> <td>S.C</td> <td>M.C</td> <td>L.C</td> <td>N.C</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Puntuación diana de resultado</p>		G.C	S.C	M.C	L.C	N.C	1	2	3	4	5	<p>(5820) Disminución de la ansiedad</p> <p>Definición: minimizar la aprensión, temor presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Actividades.</p> <p>Explica todos los procedimientos, incluidos las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es importante brindar una información oportuna, veraz y confiable al paciente y así ayudaremos reducir el estrés. (19) • Informar sobre la enfermedad, su tratamiento y evolución ayudara
G.C	S.C	M.C	L.C	N.C										
1	2	3	4	5										

G.C	S.C	M.C	L.C	N.C
1	2	3	4	5

110108- textura

Puntuación diana de inicio 1

G.C	S.C	M.C	L.C	N.C
1	2	3	4	5

Puntuación diana de resultado 5

G.C	S.C	M.C	L.C	N.C
1	2	3	4	5

Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad según corresponda.

al paciente disminuir la ansiedad.
(19)

- La administración de medicamentos para la ansiedad debe ser de manera correcta y oportuna ya que los ansiolíticos pueden llegar a producir dependencia. (19)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		
Ansiedad (00146) r/c expresa preocupaciones debidas a cambios vitales s/a hospitalización m/p “Estoy preocupado porque tengo que mantener a mis dos hijos y uno que viene en camino”		
OBJETIVO		
Paciente mejorara la ansiedad progresivamente posterior a cuidados de enfermería.		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>(1402) Autocontrol de la ansiedad. Dominio: salud Psicosocial (III) Clase: autocontrol (0) Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión tención o inquietud de una fuente no identificada, Escala de medición: gravemente comprometido hasta no comprometido Puntuación Diana 140202 Elimina factores de la ansiedad Valor actual: 2</p>	<p>Manejo de presiones (3500). Definición: minimizar la presión sobre las partes corporales. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vestir al paciente con prendas no ajustada ➤ Girar al paciente inmovilizando al menos cada 2 horas de acuerdo con el programa específico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esta acción facilitara al paciente a moverse y no sentirse incómodo. (18) ➤ El cambio de posiciones c/2hrs ayuda a una mejor circulación y oxigenación (18).

N.D	R.D	A.D	F.D	S.D
1	2	3	4	5

Puntuación diana de resultados:

aumentar a 4

N.D	R.D	A.D	F.D	S.D
1	2	3	4	5

140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes

Valor actual: 2

N.D	R.D	A.D	F.D	S.D
1	2	3	4	5

Puntuación diana de resultados:

aumentar a 4

N.D	R.D	A.D	F.D	S.D
1	2	3	4	5

➤ Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.

➤ Es importante observar signos de alarma en la piel del paciente para brindar los respectivos cuidados. (18)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA															
(00004) Riesgo de Infección r/c Procedimiento invasivos procedimientos invasivos.															
OBJETIVO															
Paciente no presentó infección durante su permanencia en el hospital															
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)		INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)		FUNDAMENTO CIENTÍFICO											
<p>(1902) Control de riesgo</p> <p>Dominio: conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p>Clase. Control riesgo y seguridad (T)</p> <p>Definición: acciones personales para comprender evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Escala de medición: nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p> <p>Indicadores</p> <p>190220 identifica los factores riesgo</p> <p>Puntuación diana de inicio 1</p> <table border="1"> <tr> <td>N.D</td> <td>R.D</td> <td>A.D</td> <td>F.R</td> <td>S.D</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>		N.D	R.D	A.D	F.R	S.D	1	2	3	4	5	<p>(6540) Control de infecciones</p> <p>Definición: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>Actividades</p> <p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados.</p> <p>Cambiar los sitios de E.V periférica y de línea central.</p>		<ul style="list-style-type: none"> El lavado de manos es un actuar del día a día como parte de la bioseguridad así se evita la proliferación de microorganismos (18) <p>Un catéter debe ser</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambiado mínimo cada 3 días para evitar infecciones (18) 	
N.D	R.D	A.D	F.R	S.D											
1	2	3	4	5											

Puntuación diana de resultado 5

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

190208 modifica el estilo de vida para reducir el riesgo

Puntuación diana de inicio 1

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

Puntuación diana resultado 5

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

Usar guantes estériles poner la práctica las precauciones universales

- El uso de guantes estériles es una de las medidas universales de bioseguridad ya que evita infecciones y a la vez nos protege (18)

-

Diagnósticos reales:

Nombre del paciente: D.D.J.S

Edad: 40 años

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA		
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) r/c		
OBJETIVO		
Paciente mantendrá su glicemia estable, con dieta balanceada y con los cuidados de enfermería.		
CRITERIO DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES / ACTIVIDADES (NIC)	FUNDAMENTO CIENTIFCO
(1820) - Conocimiento: control de la diabetes: conocimiento y conducta de salud IV) Clase. Control riesgo y seguridad (T) Definición: acciones personales para comprender evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables. Escala de medición: nunca demostrado hasta siempre demostrado. Indicadores 190220 identifica los factores riesgo	(6548)Control de glicemia Definición: El control de los niveles de glucosa en sangre es fundamental para tratar de evitar, minimizar y/o retrasar las complicaciones que pueden provocar de forma aguda pérdida de consciencia y de forma crónica daño, en los ojos, los riñones, los pies y el corazón. Realizar lavado de manos antes de tomar el hemoglucotest a la persona.	<ul style="list-style-type: none">• El lavado de manos es un actuar del día a día como parte de la bioseguridad así se evita la proliferación de microorganismos . (18)

Puntuación diana de inicio 1

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

Puntuación diana de resultado 5

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

190208 modifica el estilo de vida para reducir el riesgo

Puntuación diana de inicio 1

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

Puntuación diana resultado 5

N.D	R.D	A.D	F.R	S.D
1	2	3	4	5

Control de glicemia antes de los alimentos y después de 2 horas de los alimentos.

Administra insulina si fuese necesario.

- La glucemia en ayuno es un indicador de hipoglucemia nocturna en hombres ancianos con DM2 (18)
- La administración de insulina ayudo a establecer los niveles de glucosa en la sangre (18)

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo del trabajo fue brindar cuidados de enfermería a la persona DDJS, para aliviarle el dolor, porque está relacionado con una experiencia de sensación desagradable que daña la integridad de paciente.

La teoría planteada por Virginia Henderson, nos habla del cuidado enfermero basado en la priorización de las necesidades básicas del ser humano y donde será función de enfermería el cuidado de la persona hasta sus últimos días de vida, para lo cual deberá hacer uso de todos sus conocimientos y habilidades para ayudar a la recuperación de la salud de la persona a su cuidado.

El primer diagnóstico fue el dolor crónico (00133) r/c agentes lesivos s/a espondilodiscitis cuyo objetivo principal es que la persona disminuya el dolor al cabo de 2 horas posterior a cuidados de enfermería.

Una vez ejecutado el proceso de atención de enfermería en un paciente adulto de 40 años de edad del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Lambayeque, se obtuvieron los siguientes resultados: El dolor se pudo disminuir en un 75 % atendiendo sus necesidades prioritarias.

Las intervenciones realizadas fueron la administración de medicamentos analgésicos opioides tramadol 10 mg, por vía endovenosa cada 12 horas para aliviar el dolor.

La investigación de Khan IA, Vaccaro AR (24), nos dice que la espondilodiscitis representa de 2 a 4 % del total de casos de osteomielitis, y que la mayor parte de afectados son los adultos; asimismo en otras investigaciones atribuyen estos padecimientos a personas de edad avanzada con predominio del sexo masculino. Siendo una infección no muy frecuente, debe ponerse especial precaución en personas que manifiesten dolor de columna y elevación de reactantes de fase aguda. Algunas de las técnicas de imagen utilizadas para detectar la sensibilidad a esta enfermedad, pueden ser poco confiables, debiendo confirmar mediante diagnóstico etiológico (hemocultivo o biopsia vertebral); asimismo el tratamiento a seguir será de tiempo prolongado y constará de medicación antimicrobiana, siendo la cirugía indispensable para prevenir la aparición de secuelas. (25)

El segundo diagnóstico deterioro de la movilización física cuyo objetivo fue que la persona pudiera moverse 2 veces al día La movilización se pudo proporcionar en un 95% brindando comodidad y confort.

La movilización podemos decir que este trastorno implica un problema de salud en debido a la falta de movilización por persistencia del dolor lumbar en escala analógica de dolor EVA de 9 donde limita la de ambulación y movilización, que tiene consecuencia a formar las úlceras por presión por lo tanto depende en gran medida de la calidad de los cuidados que se brinden como cambios frecuentes de posición para estimular la circulación.(25)

Las intervenciones realizadas fueron cambios de posiciones, masajes en miembros inferiores, tendido de camas.

Según la investigación realizada por Hipócrates quien fue el primero en descubrir esta infección vertebral, seguido de Galeno quien relacionó este proceso infeccioso con la deformidad espinal en la cual involucra la pérdida de la de ambulación por la debilidad de los miembros inferiores, por rareza de la enfermedad hay dolor a nivel lumbar ocasionando la inmovilización debido al factor predisponente que es el dolor que acarrea toda esta enfermedad (26)

A diferencia de los estudios ejecutados por Sapico FL, Montgomerie JZ, donde se evidencio que los microorganismos bacterianos al alcanzar el tejido óseo de 2 vértebras empiezan hay a generar el foco de infección, y posteriormente, se irán expandiendo a los discos intervertebrales y /o espacios contiguos. Por esta razón, la clínica de esta enfermedad evidencia la afectación a nivel de 2 vertebrales contiguas y del disco intervertebral, siendo la localización habitual las vértebras lumbares. (21)

Como vemos en las estadísticas mostradas por los estudios realizados en los últimos años, a pesar de la nueva tecnología que hace tan accesible la información. Así los avances en técnicas diagnósticas, cirugía, antibioterapia y exámenes por imágenes han sido una gran para diagnosticar la espondilodiscitis, por lo que es la técnica de mayor rentabilidad en el diagnóstico por imagen y que ha permitida con mejor pronóstico de esta afección; evidenciándose la disminución de los índices de mortalidad (inferior a 5 %). Sin embargo, muy a pesar de la detección y tratamiento oportuna el 5 a 15 % de los pacientes que padecen espondilodiscitis recaen en los meses posteriores al término de su tratamiento, sobre todo en casos de obstrucción vertebral o abscesos. (22)

El diagnóstico planteado de ansiedad tuvo como fin disminuir el grado de ansiedad mediante técnicas de comunicación, como la entrevista con profesional psicólogo donde se obtuvieron los siguientes resultados la ansiedad disminuyó en un 95 %.

Según Miriam Amad Pastor (2014) la ansiedad comienza como un respuesta normal del organismo frente a estímulos estresantes y cuya función será activar mecanismos de adaptación y respuesta permitiendo potenciar la capacidad de la persona. En una situación de potencial amenaza, se producen en el organismo cambios de tipo fisiológicos que dan lugar a respuestas motoras que ayudan a concentrar la atención en el objeto productor de la amenaza y posteriormente reaccionar a este. (28)

En general, Telo-Crespeo R, refiere que la espondilodiscitis puede ser trata con monoterapia y medicamentos antimicrobianos por vía oral. Los antimicrobianos administrados habrán de ser de escaso grado de penetración en óseo, debido a que podrían agravarse las características presentadas en la osteomielitis; por lo cual es indispensable el tratamiento por un tiempo prolongado y en altas dosis vía parenteral. (29)

Podemos decir a este trastorno implica en el deterioro de la movilización física debido a la falta de movilización por persistencia del dolor lumbar en escala analógica de dolor EVA de 8-9 donde limita la de ambulación y movilización, que tiene consecuencia la formación de úlceras por presión, por lo que se debe tener especial consideración en estos pacientes y encaminar los cuidados básicamente en cambiar de posición frecuentemente al paciente, para de esta forma favorecer la circulación sanguínea.

Por todo lo anteriormente mencionado se puede concluir que la etiología de la enfermedad del paciente es infecciosa debido a la diseminación hematógona de microorganismos, siendo el punto de inicio de este padecimiento un hematoma infectado del psoas, originado por un esfuerzo físico desmedido; presentándose en la persona en estudio un sintomatología clínica solapada donde la RMN el método que se empleó para el diagnóstico.

El tratamiento fue con terapia antibioticoterapia prolongada, debiéndose utilizar protección de la cose vertebral (corsé de Taylor) por más de ocho semanas. (30)

V. CONCLUSIONES

- ✓ El Dolor en la espondilodiscitis se logró aliviar con analgésico de tipo opioide que actúa sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro en un 75% de manera oportuna, porque este se manifiesta de forma permanente y crónico, ocasionado por degeneración de la columna cervical irradiándose a otras zonas del cuerpo como las piernas y los pies, produciendo una compresión de los agujeros de conjunción, por ende de los nervios, se irradia debido al recorrido del nervio ciático, ya que cuando ocurren los cambios estructurales en las vértebras, generando: dolor, debilidad muscular y sensación de adormecimiento.
- ✓ El deterioro de la movilización físico en la espondilodiscitis, se logró una recuperación en un 95%, progresivamente durante su estancia hospitalaria con la ayuda de los cuidados de enfermería, sabiendo que la movilización es indispensable en el ser humano,
- ✓ Ansiedad en la espondilodiscitis, se logró la recuperación en un 95% donde el paciente mejoró el nivel de estrés progresivamente posterior a cuidados de enfermería, siendo que la ansiedad es una respuesta de adaptación normal que experimentamos en algún momento de nuestras vidas.
- ✓ Riesgo de infección se logró el 100% donde el paciente no presentó infección durante su permanencia en el hospital cuyo principal objetivo es evitar la proliferación de microorganismos en el torrente sanguíneo evitando una sepsis tratando de disminuir su incidencia y mortalidad.
- ✓ Riesgo de nivel de glucemia inestable se logró el 100%, paciente se recuperó de su glicemia con dieta balanceada y con los cuidados de enfermería, previniendo daños mediante la adecuada medicación.

REFERENCIAS

1. kozier. El dolor —según la International Asociation for the. 3rd ed. méxico; 2005.
2. kosier. manejo del dolor. 3rd ed.; 2005.
3. kosier. fundamentos de enfermería manejo del dolor. 3rd ed. esppaña; 2005.
4. NANDA ANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación T. Heather Herdman PR, editor. España: Elsevier; 2014.
5. laboral hdpds.
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/GuiaSL02c.pdf. [Online].; 2012.
6. Hurtado NLDJMLHML. guía de inmovilización. Metrosalud. 2014 agosto; 2.
7. E Ragner RARG. Dorsalgia crónica que resultó ser Espondilodiscitis tuberculosa. Revista española de la Sanidad Penitenciaria. 2016; 16(02).
8. Prieto JMR. Cuidados y registros de enfermería en la prevención y tratamiento del deterioro de la integridad cutánea y tisular. 1st ed. : DAE. C/ Manuel Uribe 13 B2M, editor. Madrid: EDICIONES DAE (Grupo Paradigma); 2011.
9. Ibor MIL. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Scielo. 2007 mayo; An. Med. Interna (Madrid) vol.24(no.5).
- 10 Herdman T. Nanda International, Inc.Diagnósticos enfermeros definiciones y . clasificaciones. undécima edición ed. kamitsuru THS, editor. España: Elsevier españa; 2018-2020.
- 11 Merck and Co. I,KN. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>. [Online].; 2019.
- 12 Ghebreyesus DTA. https://www.who.int/mental_health/es/. [Online].
- 13 Merck and Co. I,KN. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/SearchResults?query=en+que+medida+se+altera+la+ansiedad>. [Online].; 019.
- 14 Thieme. Diagnósticos Enfermeros. Undecima edición ed. España: Elsevier; 2018-2020.
- 15 Hernández DAQ. Glicemia y diabetes. Revista cubahora. 20019 setiembre; 1(primer . revista de cuba.).
- 16 Torres.B. Metodología de la investigación. 2nd ed. méxico: Pearson, Educación; 2006.
- 17 Reixac C. PRINCIPIOS Y GUÍAS ÉTICOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS . SUJETOS. EL INFORME BELMONT. U.S.A.; bbarcelona.; Abril 18 de 1979.

- 18 Teresa.RV. Scielo. [Online].; 2019.
- .
- 19 KOZIER. RIESGOS Y PELIGROS AMBIENTALES. 3rd ed. eSPAA; 2005.
- .
- 20 Perry (. fundamentos de enfermería. 9th ed. españa: española; 2013.
- .
- 21 Khan IA VA. Management of vertebral diskitis and osteomyelitis. Orthopedics. . 1999;22:758-65. scielo. 1999 octubre.:(22:758-65).
- 22 Crespo DRT. Espondilodiscitis infecciosa. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. . 2012. Ene.-jun.; vol.26 no.1.(2).
- 23 garcia F. Espondilodiscitis infecciosa. Revista de Sanidad Militar. 2017 abril.
- .
- 24 Sapico FL MJ. Pyogenic vertebral osteomyelitis: report of nine cases and review of the . literature. Rev Infect Dis. 2012 february; 4.
- 25 Sapico FL MJ. Pyogenic vertebral osteomyelitis: report of nine cases and review of the . literature. Rev Infect. 2009 february.
- 26 RF CdIR. Espondilodiscitis infecciosa. Un reto. Revista de Sanidad Militar. 2017 julio- . agosto; Volumen 71,(Núm. 4.).
- 27 J. L. Pyogenic vertebral osteomyelitis/disc infection. Baillieres Best Pract. Res Clin . Rheumato. 1999.:(13:59-75).
- 28 PASTOR MA. EVALUACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN . LOS CUIDADOS A MUJERES CON DIAGNOSTICO ENFERRO ANSIEDAD. TESIS DOCTORAL. MURCIA: FALCUTAD DE MURCIA; 2014.
- 29 Díaz FP. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénicos. scielo. 2005; . 3.
- 30 Higuera DJAG. la ansiedad. Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia en Madrid. 2013 . diciembre.
- 31 Hellinger W. infecciones por cateter. revista biomedica revisada por pares. 2001 mayo; 2.
- .
- 32 kozier. fundamentos de enfermería. 3rd ed. méxico; 2005.
- .
- 33 José López Fernández. fundamentos de enfermería. 3rd ed. España; 2000.
- .
- 34 Erb k&. fundamentos de enfermería. 10th ed. Esppaña: Pearson educacion S.A.; 2013.
- .

- 35 GROUP ZM. suelo pelvico. Zinet Media Global, S.L. 2016 abril.
.
- 36 Perry (y. fundamentos de enfermeria. 9th ed. españa: española; 2013.
.
- 37 cutánea ddli. deterioro de la integridad cutánea. novena edicion ed. madrid; 2016.
.
- 38 Fraguela BG. Diagnosticos enfermerosNanda internacional diagnosticos enfermeros.
. Española ed. H TH, editor. España: Elsevier; 2015- 2017.
- 39 *Carvajal Carrascal G*RJD. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en
. pacientes. Revista electronica trimestral de enfermería EG. 2015 octubre;(40).
- 40 Col DLy. Cama bañando pacientes en el hospital. Scielo pubmed. 2010 abril- mayo.
.
- 41 Pérez I. fundamentos de ebfermeria. 10th ed. españa: española; 2008.
.
- 42 Copyright. medico quirúrgico. 4th ed. méxico; 2008- 20015.
.
- 43 Teixeira1 AM. Riesgo de nivel de glucemia inestable: revisión integradora de los. Rev.
. Latino-Am. Enfermagem. 2017 mayo; DOI: 10.1590/1518-8345.1688.289.

