

424/117 - DESDE EL ABSCESO PARAVERTEBRAL A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

L. Sierra Martínez¹, I. Sierra Martínez², M. Martínez Fuerte³ y M. Casaval Cámara⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid. ²Trumatología. Hospital Comarcal Medina del Campo.

Valladolid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. ⁴Enfermera. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 57 años. Vive en medio rural. Consumo habitual de queso de leche cruda. Exposición en corral a ganado bovino. Antecedentes: estenosis L2-S1, cirugía descompresiva con artrodesis en 2016. Tratamiento: Pregabalina, AINEs. Motivo de consulta: dolor lumbar crónico reagudizado (aumenta con los cambios de postura con tiene exacerbaciones nocturnas ocasionales), junto astenia intensa en el último mes. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Normotenso y afebril, auscultación cardiopulmonar normal, dolor a la percusión en apófisis espinosas lumbosacras resto de exploración normal. Interconsulta a trauma que realiza RMN de control: artrodesis de L2-S1. Discopatía y protrusión osteodiscal posterior de base amplia L5-S1. Marcado aumento de señal difuso en secuencias TR a lo largo de la musculatura paravertebral a la altura de L4 hasta región sacra, sugestivo de edema, a correlación con la exploración física (cambios inflamatorios/infecciosos). Seguimiento por MAP: Dada la astenia y el dolor lumbar, se pide estudio tbc, brucelosis como posible causa de absceso paravertebral infeccioso: bioquímica y sistemático, VSG normal. Virus hepatitis y autoinmunidad negativa, TBC negativo, seroaglutinación positiva para brucelosis en 2 ocasiones separadas en al menos un mes (aglutinación 1/80, Brucella capt 1/320, aglutinación 1/80, Brucella capt 1/160). En el diagnóstico diferencial se plantea edema paravertebral y en saco dural secundario a brucelosis vs infección quirúrgica. Se realiza interconsulta (IC) a infecciosas: Ecografía abdominal normal, se repite extracción de serología con aglutinación con descenso de títulos para Brucella y hemocultivos negativos para brucelosis aguda. Realizan IC a radiología intervencionista que descarta brucelosis como origen de edema en saco dural.

Orientación diagnóstica: Edema muscular paravertebral secundario a probable infección quirúrgica pendiente de biopsia y drenaje quirúrgico.

Diagnóstico diferencial: Espondilodiscitis infecciosa; infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Comentario final: La infección del sitio quirúrgico sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Según los estudios de seguridad del paciente disponibles, el 8% de los pacientes que ingresa en un hospital sufrirá algún efecto adverso durante su estancia hospitalaria (estudio ENEAS), y 1 de cada 7 ciudadanos sufrirá un efecto adverso durante su atención en el centro de salud en el último año (estudio APEAS). De estos efectos adversos un 60% son prevenibles. De mayor a menor frecuencia, son prevenibles los errores de medicación, seguidos de los procedimientos y de las

infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). La ONU nos advierte que en 2050 morirá más gente por resistencias bacterianas que por cáncer. Por todo ello es importante que el profesional sanitario actúe pensando en la seguridad del paciente con una atención limpia y segura: practicando higiene de manos, junto con un uso prudente de los antibióticos para prevenir infecciones nosocomiales.

Bibliografía

1. Estrategia Seguridad del Paciente del sistema nacional de salud 2015-2020 [Internet] [Acceso 22/febrero/2015]. Disponible en:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202020.pdf?cdnv=2>
2. Morales V, Rubio C. Espondilocistitis infecciosa En: Tevar JP. Reumatología en atención primaria, 2^a ed. Aula Médica; 2006; p. 592-5.

Palabras clave: Espondilodiscitis infecciosa. Infecciones asociadas a la atención sanitaria.