

# ESTRATEGIAS MODERNAS EN LA CURACIÓN DEL SINUS PILONIDAL

ANGEL RAMON HELGUERA HERNANZ

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

## ESTRATEGIAS MODERNAS EN LA CURACION DEL SINUS PILONIDAL

**Autor principal** ANGEL RAMON HELGUERA HERNANZ

**CoAutor 1**

**CoAutor 2**

**Área Temática** CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

**Palabras clave** SINUS ABCESO QUISTE PILONIDAL

### » Resumen

El objetivo de una sanidad moderna es que se busque el mínimo tiempo de convalecencia, el mínimo gasto y el máximo confort durante el proceso. Es por ello que los métodos van quedando obsoletos a medida que la práctica y los materiales van modernizándose. La importancia de la productividad hace que nuestros cuidados sean cada vez más exigentes, y debemos obtener resultados de calidad.

Existen dos teorías sobre la formación del sinus: la primera es la de un defecto embrionario donde una parte del tejido ectodérmico (piel) se introduce dentro del mesodermo y origina la predisposición, y la segunda y más seguida por los profesionales es el de que se invagina parte de piel y pelos hacia el interior.

Las características del paciente son: la obesidad (imc alrededor de 30), abundancia de vello en la zona, predominancia en varones (triplica al de mujeres), edad entre 15 y 35 años, piel morena, sudoración superior a lo normal y bastante tiempo diario sentado, sobre todo en superficie dura. Como en su mayoría son gente joven con actividad diaria importante, debemos hacer el esfuerzo necesario para agilizar la recuperación con garantía. Individualizamos la circunstancia personal mediante el método de proceso de atención enfermero, con el fin de proponer objetivos y cumplirlos, cubriendo todos los otros aspectos, y no sólo el asistencial.

Vamos a investigar con materiales y técnicas, y vamos a compartir nuestra experiencia.

### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Hay que diferenciar dos fases, y dependiendo de ellas el abordaje es distinto: por un lado la fase aguda, en la que se desarrolla el absceso sacrocóxigeo y en caso de drenado espontáneo podemos realizar curas de limpieza interna en la oquedad con la intención de eliminar todo el contenido susceptible de reinfección; y la segunda fase es la crónica, que ya tiene instaurado el sinus y que requiere intervención quirúrgica con exéresis de todo el lecho que contenga materia compatible con el desarrollo de la dolencia.

Este proceso no requiere ingreso hospitalario, por lo que una parte se realizará en atención especializada, pero el grueso del tratamiento lo realizará el enfermero en atención primaria.

La dolencia nos ocupa cada vez con más frecuencia, sin duda por el aumento de la vida sedentaria y de la mala alimentación. Pero se han curado de forma muy distinta dependiendo de la individualidad del profesional y del material disponible.

Aún contando con métodos modernos, puede que nos encontremos con profesionales que se resisten a novedades, y también quien se excedería en innovar con dudoso resultado. El término medio será la virtud.

### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Normalmente son infecciones producidas por anaerobios, fundamentalmente por *Escherichia Coli* y/o *Estafilococo Aureus*, por lo que la intervención tiende a ser sin sutura y dejando el hueco lo más diáfano posible, eliminando toda la grasa ya que esta puede ayudar a los gérmenes a proliferar de nuevo.

Es así que el antibiótico prescrito debe dirigirse en esta dirección en tiempo y forma, y el enfermero debe trabajar en el mismo sentido, asegurando los medios para que estos gérmenes no puedan proliferar y realizando una granulación y epitelización progresiva de dentro a fuera. Es así que no taparemos la herida con sustancias o apósitos que faciliten la oxigenación de la herida y el conocido como apósito secundario ha de ser poroso.

En ésta vorágine por continuar la vida diaria en cuanto el paciente siente mejoría, no caemos en la cuenta que en este momento hay que indicar al paciente que aunque se encuentre mejor es una herida no aislada herméticamente del exterior y susceptible de intercambio en ambas direcciones de fluidos y/o gérmenes. Y es aquí donde puede haber recaídas. Y nuestra misión también es dirigir el proceso para que esto no ocurra, asesorando al paciente en el momento preciso de que esto puede suceder y repercutir negativamente en el resultado.

Aunque el responsable de las decisiones sobre su cuerpo es el propio paciente, tenemos que valorar su circunstancia personal y pactar con él un plan en el que actuaremos sobre lo que ocurre y lo que puede ocurrir. Y si responde a nuestras indicaciones la mejoría en los resultados es patente.

### » Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Hay soluciones conservadoras que algunos médicos recomiendan. Son dirigidas a tratamientos médicos no quirúrgicos. Pero actualmente lo más extendido es la intervención quirúrgica más o menos profunda dependiendo de la localización y las evoluciones previas (recidivas).

Consiste en la escisión de la zona en que se ubica el seno infectado. El resultado es de una abertura muy dolorosa, muy exudativa y sangrante. Suele acudir a la consulta en los días próximos a la intervención, normalmente en uno o dos días tras ella.

Debido al dolor podemos usar spray de cloretilo si nuestra intervención es breve, y lavar abundantemente con suero fisiológico. Una vez que la zona no tiene restos podemos seguir pautas de curación en ambiente húmedo, pero debido al exceso usaremos productos que absorban humedad como alginato, con desinfectante, como el alginato con plata. Estas curas han de ser diarias al menos durante los primeros 15 días,

en que ya deberíamos tener bastante epitelización. En caso de mal olor y tamaño grande podemos usar apósitos de alginato con carbón vegetal. Tenemos que tener mucho cuidado para usarlo íntegro, ya que si lo recortamos nos manchará la zona donde estuvo en contacto con características similares a un tatuaje. Respecto al uso de antisépticos como el yodo y la clorhexidina, hay controversia porque puede retrasar la cicatrización por su citotoxicidad.

Ya la herida tiene que haberse reducido en tamaño a la mitad. Este alginato Ag se aplica al principio poniéndolo en contacto con las paredes sin apretar. Debido a la gran exudación la primera semana no añadiremos suero, a partir de ahí podemos añadir un poco de suero fisiológico dependiendo de la humedad previa de la herida.

Evolucionaremos de dentro a fuera y en 30-50 días la herida estará cerrada.

Una vez recuperado el espacio la piel se cerrará con un apósito hidrocoloide sin dificultad. Debemos observar que la zona anatómica es de por sí muy húmeda y si hay mucho sudor convendría uno hidropolimérico.

El coste total en material depende del laboratorio que usemos, pero oscilan entre 12 y 20 euros. Si trabaja el paciente la ILT asciende a unas 6 - 8 semanas si no hay complicaciones. Con los métodos tradicionales el coste económico de material era más modesto, pero los resultados en los tiempos de recuperación se estimaban en prácticamente el doble.

#### » Barreras detectadas durante el desarrollo.

Hay que confiar en un correcto diagnóstico diferencial por parte del médico. Es importante distinguirlo de un quiste dermoide o un teratoma sacrocóxico, producido por células germinales. El tratamiento quirúrgico es mucho más agresivo en este último caso. Nuestra intervención es bien distinta.

También puede que sea una fase aguda y sin cirugía previa. En este caso no iniciamos el proceso con la erradicación del origen de la infección, sino que tenemos que hacerlo todo nosotros. Trabajaremos con una zona anatómica muy dolorosa e incómoda, y una resolución más incierta. El paciente está muy incómodo y acude apremiando una solución. Es aquí donde podemos demostrar la calidad de nuestro trabajo. Y hay ocasiones en que la cita con cirugía se demora tanto que se ha resuelto la infección y el drenado, y el paciente opta por esperar a otro episodio.

Evidentemente no hemos solucionado la dolencia definitivamente, y puede que en mucho tiempo no vuelva a tener problemas. Puede volver a reactivarse ese mismo quiste, pero también puede que se haya erradicado éste y se active otro, con la consiguiente repetición del proceso.

#### » Oportunidad de participación del paciente y familia.

La colaboración por parte del paciente y la familia es evidente para el éxito de nuestro cometido. El paciente tiene que observar nuestras indicaciones, pero la familia debe proporcionarle los medios para aumentar el confort y sólo en algunos casos incluso abordar la cura en días en que nosotros no lo podamos hacer, como en fin de semana o cuando el proceso está en su fase final. Enseñamos a la familia, si desea hacerlo, y esto garantiza cierta independencia del paciente y continuidad en el tratamiento. Evidentemente es algo que tenemos que asumir con responsabilidad, y aunque la familia pueda parecer competente, quizás no lo sea. Mi recomendación es que ofrezcamos la posibilidad de cooperar en el proceso al familiar que nos parezca más adecuado, no necesariamente al que se oferte. Puede que no coincidan, y la buena voluntad o la comodidad de la familia no es compatible con el resultado que queremos obtener. Puede que si aceptamos con dudas se malogre el objetivo.

En la sanidad actual, con el aumento de los equipos multidisciplinares, también la participación del paciente se hace imprescindible. Y tenemos que involucrarle en todo el proceso. Si no colabora el fracaso es seguro. Ya el dejarse hacer no es suficiente, y los resultados merecen la pena.

#### » Propuestas de líneas de investigación.

Debemos incidir que nuestros cuidados deben adaptarse a la evolución de la herida. Tenemos que identificar los estadios de la herida para actuar sobre ella en plazos y método, buscando la pronta recuperación, también laboral.

Investigaremos sobre la cuantificación de resultados de apósitos y productos, cada vez más útiles, que faciliten la normalidad en la vida del paciente y la cura con garantía.

Yo dirigiría la investigación en sentido del desarrollo de protocolos precisos. Parece no haber unificación de criterios. Comprobamos que determinada forma nos funciona bien y no nos arriesgamos con nuevos métodos. Incluso podemos pecar de no ser dinámicos durante el proceso. Todo lo que estoy compartiendo ahora es una línea de investigación que se debería complementar con otras que existen, con la intención de asegurar el objetivo principal: seguridad y calidad del paciente.