

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO POSQUIRÚRGICO DEL SINUS PILONIDAL

Autor principal MIGUEL ANGEL CASTRO TURRIÓN

CoAutor 1 JESUS IGNACIO CASTRO TURRIÓN

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave absceso terapéutica seno pilonidal cicatrización de heridas

» Resumen

El sinus pilonidal es una infección crónica en la región sacrococcígea. También conocido como Quiste pilonidal.

Etimológicamente quiere decir nido de pelos pilonidal ya que en su interior aparecen pelos en la mayor parte de los casos.

Se trata de un proceso relativamente común, no grave pero muy molesto con una incidencia estimada de 26 cada 100000 personas y afecta a los hombres dos veces más que a las mujeres. Debutan a partir de la pubertad y es poco frecuente en adultos mayores de 40 años. El perfil más frecuente es el de un varón adolescente, moreno, velludo y en edad comprendida entre los 15 y 30 años. La media de edad de aparición es a los 21 años en hombres y a los 19 en mujeres.

Existen dos teorías sobre su formación:

- La primera lo considera un defecto embrionario, una inclusión del tejido ectodérmico (piel) dentro del mesodermo.

-La segunda, mayoritariamente aceptada por la comunidad científica piensa que se trata de una migración-invasión de la piel y los pelos hacia el interior del cuerpo.

Es mucho más frecuente en personas que permanecen mucho tiempo sentadas sobre superficies duras.

El proceso es molesto y altera el ritmo de la vida laboral/estudios.

La resolución del mismo oscila entre 2 y 4 meses y pone el riesgo, en algunos casos, la situación laboral o estudiantil.

» 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?

El tratamiento del quiste pilonidal se plantea cuando se complica y produce sintomatología. El tratamiento inicial (fase aguda) puede incluir terapia con antibióticos, antiinflamatorios, compresas calientes y aplicación de cremas depilatorias. También puede llevar a la realización del drenaje quirúrgico para favorecer el drenaje del absceso.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, por exeresis, y se realiza en fase crónica de la enfermedad. En los casos más severos los quistes pueden precisar escisión quirúrgica dejando curar la herida quirúrgica por segunda intención ya que el cierre quirúrgico incrementa el riesgo de recidiva (38%). La resolución del caso es variable en función de la técnica realizada.

El proceso de cicatrización es complejo ya que la región implica un mayor riesgo de contaminación. En la primera fase (inflamatoria) el tejido degenerado se elimina siendo un requisito indispensable para la buena evolución posterior. En la segunda fase o proliferativa se caracteriza por la regeneración y proliferación de tejido con una abundante vascularización de la región y producción de tejido conjuntivo. En este proceso intervienen numerosos cofactores como diferentes iones entre los que destaca en zinc y el manganeso.

También debemos tener en cuenta que los apósitos de alginato cálcico han demostrado eficacia en las curas en ambiente húmedo, control de colonizaciones de heridas y control de sangrado.

Los estudios in vitro afirman que los apósitos bioactivos con Zinc, Manganeso y Calcio aceleran el proceso de cicatrización de las heridas.

Estudios de casos ratifican los resultados, aunque no comparan los resultados con otro tipo de cura húmeda.

El tratamiento de la fase aguda parte de Atención Primaria así como la derivación tradicional a Cirugía. Posteriormente y tras la intervención es, en Atención Primaria, donde se realizan las curas hasta la resolución del caso.

Este estudio se realiza en la UGC de Santa Fe (Distrito Metropolitano) y surge de la necesidad de reducir el tiempo de convalecencia de los/as usuarios ya que su edad media hace que el tiempo de recuperación sea crucial para sus estudios o su futuro laboral.

Realizamos un estudio experimental estudio longitudinal

En 2009 iniciamos un estudio experimental en el que comparamos la cura tradicional con pomadas vs apósito de hidrofibra y Ag. 10 casos cada uno. Selección longitudinal, primero cura tradicional y segundo cura húmeda 1.

Cura tradicional: nitrofurazona + limpieza con H₂O₂ y povidona yodada diaria.

Cura Húmeda 1: 1ª semana fase inflamatoria curas con malla de carbón activado y Ag cada 48/72h y en 2ª semana y posteriores, hasta cierre, fase proliferativa cura con apósito de hidrofibra y Ag cada 48/72h.

Tiempo medio de curación: cura tradicional: 95 días vs cura húmeda 1: 62 días. Menos 33 días.

Nº de curas realizadas: Cura tradicional: 68 vs 22 en cura húmeda 1. Menos 46 curas.

La escala del dolor EVA no se encuentra resultados significativos después de la primera semana de tratamiento.

» 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?

Este trabajo parte de las necesidades de unificación de criterios demandadas por las Enfermeras Comunitarias de la ZBS de Santa Fe para poder dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.

La realización de cura por segunda intención hace que el tiempo de recuperación posquirúrgica, las molestias, la limitación funcional se importante ya que impide la realización de una vida normal. Tradicionalmente hay autores que la describen en 4 meses de media. Este tiempo es excesivo y crucial para la población especialmente afectada (21 años de media), además la incorporación laboral o el mantenimiento del puesto de trabajo hace que la reducción del tiempo de recuperación sea fundamental. Encontramos casos que han perdido el curso escolar o incluso el trabajo.

de tiempo y recursos.

Para del cumplimiento del objetivo realizamos una búsqueda bibliográfica de protocolos y guías de práctica que mejoren el tiempo de curación de la fase posquirúrgica del sinus. Por tanto nos centramos en este estudio en evaluar las evidencias científicas que nos guíen y encontramos los apósitos bioactivos como una alternativa de mejora de respuesta y resolución.

Las fuentes de información han sido:

Bases de datos electrónicas primarias: Cuiden, PubMed

Publicaciones secundarias: Sensus

Búsqueda manual de revistas.

Las variables que se han observado son:

Nº de curas.

Tiempo de recuperación y cierre.

Escala dolor EVA

En la primera fase del estudio (2009) se comparó la evolución posquirúrgicos de 10 casos con cura tradicional (pomada de nitrofurazona+limpieza O2H2 ó povidona yodada) vs 10 casos con la cura Húmeda que denominaremos 1: cura de malla de carbón activado(1ª semana en fase inflamatoria) + curas con apósito de hidrofibra y Ag cada 48-72 en la fase proliferativa.

La segunda fase realizada desde junio de 2010 incluimos 10 casos de sinus posquirúrgicos tratados con la cura húmeda que denominaremos 2: 1º semana en fase inflamatoria curas con malla de carbón activado y Ag (cada 48/72h) y en fase proliferativa (2ª semana y posteriores) cura con apósito bioactivo de alginato cálcico con carga iónica de zinc y manganeso cada 48/72h.

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

Tiempo medio de curación:

Cura tradicional: 95 días.

Cura húmeda 1: 62 días. Menos 33 días respecto a cura tradicional.

Cura húmeda 2: 50 días. Menos 45 días respecto a cura tradicional y 12 menos que cura húmeda 1.

Media de Nº de curas realizadas:

Cura tradicional: 68 curas

Cura húmeda 1: 22 curas. Menos 46 curas respecto a cura tradicional.

Cura húmeda 2: 16.6 curas. 51 cura menos que con cura tradicional y 5.4 curas menos que cura húmeda 1.

La escala del dolor EVA sigue sin encontrarse resultados significativos después de la primera semana de tratamiento.

Plan de cuidados:

Deterioro de integridad cutánea (00046).

r/c: Intervención quirúrgica de de sinus pilonidal

m/p: herida posquirúrgica abierta de dimensiones variables

NOC: Curas por segunda intención (1103).

NIC: Cuidados de las heridas (3660)

Enseñanza proceso enfermedad (5602).

Asesoramiento (5240).

Actividades:

Curas en Fase Inflamatoria (1ª semana): Curas con apósito de malla de carbón activado y plata cada 48/72h.

Curas en Fase proliferativa (semanas posteriores): curas con apósito bioactivo de alginato con iones de calcio, manganeso y zinc cada 72 horas.

Riesgo de infección (00004).

r/c herida quirúrgica abierta.

NOC: Control del Riesgo (1902).

NIC: Protección contra las infecciones (6550) (prevención y detección precoz de la infección en un paciente en riesgo).

ACTIVIDADES:

Curas según protocolo.

Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

Mantener una técnica aséptica.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

En los informes de alta, los protocolos de curas, se plantean tradicionalmente como un protocolo rígido y sin posibilidad de cambios, a pesar de no realizar ni el seguimiento, ni los controles, ni realizan las curas. La limitación de actuación, por el informe, limita la capacidad de respuesta del profesional por lo que se incrementarían las derivaciones a la unidad quirúrgica de origen.

Hasta hace poco los protocolos que venían relacionados eran según cura tradicional, la cual la evidencia científica ha dejado clara que no es el método científico indicado.

Tras la búsqueda realizada y los resultados obtenidos observamos que el Nivel de evidencia encontrado va en la tendencia de la cura húmeda, reducir el tiempo de cicatrización y el control del riesgo de infección. A pesar de ello hemos encontrado reticencias en las propuestas de mejora.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Un alto nivel de competencia por parte de la Enfermería Comunitaria y utilizar la evidencia científica y métodos actualizados en nuestras actuaciones brinda la posibilidad de mejorar la seguridad, mejorar nuestra respuesta y favorecer la incorporación de los usuarios a su vida diaria con la mayor rapidez y eficacia posible.

La prescripción enfermera ha abierto un horizonte, de capacidad resolutoria, en la independencia de nuestras actuaciones, por supuesto, apoyadas en la mejor evidencia científica.

El consentimiento informado, el asesoramiento y apoyo al usuario y familia minimiza el estrés y mejora la reducción del periodo de convalecencia (mejora el afrontamiento) al trabajar con objetivos consensuados por ambas partes.

» Propuestas de líneas de investigación.

Revisiones de GPC en el tratamiento del sinus pilonidal.

Necesidad de protocolos compartidos interniveles: unidades quirúrgicas con UGC de Atención Primaria. Claros como para disminuir la variabilidad clínica pero flexibles como para que el profesional que valora diariamente la evolución de la lesión no tenga limitado su campo de