

# Combinación de alginato con hidrocoloide más apósito hidropolimérico 3D adhesivo en un quiste sebáceo infectado

Raúl García Vallejo\*, Mar González Gómez\* y M<sup>a</sup> Ángeles Quintana Bravo\*\*

\* Enfermero/a. C.S. Campamento (Área 7, SERMAS). Prof. Asoc. CC. de la Salud, Dpto. de Enfermería (UCM)

\*\* Medico de Familia y Comunitaria. C.S. Aravaca (Área 6, SERMAS)

## Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 72 años con un absceso causado por un quiste infectado. El trabajo explica paso a paso el tratamiento realizado para conseguir la curación total del quiste. Se combina diferentes terapias locales con un tratamiento antibiótico y analgésicos sistémicos que da como resultado el cierre de la lesión en un espacio de 36 días. El caso sugiere una metodología para el tratamiento de este tipo de lesión que optimice tanto la calidad de vida del paciente como la rentabilidad de los recursos empleados.

## Introducción

Uno de los retos de enfermería del siglo 21 es aprovechar la tecnología y los recursos a nuestra disposición, de tal manera que podamos proporcionar cuidados de calidad, lo más efectivos posibles y sin olvidar una adecuada eficiencia. Todo ello con el fin último de mejorar la calidad de vida de los pacientes a nuestro cargo. En este trabajo se estudia la intervención enfermera en un quiste infectado, proponiendo una metodología de trabajo efectiva clínicamente y eficiente respecto del tiempo de enfermería y de los materiales empleados.

## Historia del paciente

Paciente varón de 72 años que acudió al centro de salud a consulta médica de urgencia presentando un absceso en zona supraclavicular izquierda, resultado de un quiste sebáceo infectado con varios días de evolución. Presentaba tumefacción, prurito y dolor intenso (foto 1) y se derivó a la sala de curas. Tras desinfectar la zona se procedió a su drenaje mediante punción, saliendo abundante exudado seropurulento. Posteriormente se dejó un drenaje de gasa orillada con povidona yodada tapándolo con gasas estériles. Se concertó consulta con su enfermero de referencia para el día siguiente para valorar evolución y seleccionar el tratamiento más adecuado. Como medicación oral se pautó Amoxicilina + Ac. Clavulánico 875/125mg c/ 8 h. e Ibuprofeno c/ 8-12 h.

## Metodología y resultados

A las 24 h. acude a consulta de enfermería concertada. Tras un drenaje exhaustivo por presión se procedió a extraer la cápsula, quedando posteriormente una cavidad de 25 x 12 mm. de diámetro y 8 mm. de profundidad (foto 2). Dado que el lecho sangraba moderadamente y pensando en una proba-



Foto 1, 05/01/2009.

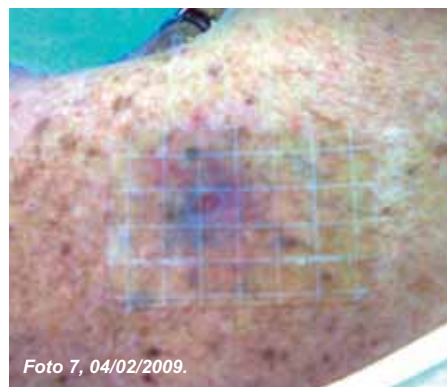
ble cantidad importante de exudado, el hueco se rellenó con una tira de alginato con hidrocoloide (Seasorb Soft®) (foto 3). A continuación se cubrió con un apósito secundario hidropolimérico 3D (Biatain Light®) que, al ser adhesivo, facilitaría su colocación y mantenimiento en una zona de difícil fijación externa y además permitiría gestionar adecuadamente el mencionado exudado (foto 4).

Las siguientes curas se pautaron c/ 48-72 h. La herida siguió sin presentar signos de infección, con un lecho de tejido de granulación bien perfundido, con exudado seroso moderado y buen estado de bordes y de la piel perilesional (foto 5).

A los 9 días de evolución se observó que las dimensiones seguían reduciéndose (20 x 10 x 5 mm.) manteniendo las mismas características cualitativas, por lo que las curas se dejaron pautadas c/ 4-5 días, con la consiguiente satisfacción del paciente que ya no tendría que venir tan a menudo a la consulta. El resultado es excelente pues en sólo dos sesiones más la herida quedó reducida a la mitad 10 x 5 x 2 mm. (foto 6). A partir de ese momento, dado el mínimo exudado y que el tejido de granulación está próximo a la superficie cutánea, se modificó el tratamiento aplicando un apósito hidrocoloide fino (Comfeel Plus Transparente®) (foto 7), con cambios también c/ 5 días y en 2 sesiones más la herida quedó totalmente curada (fotos 8).

## Discusion

El caso demuestra que, aplicando el tratamiento adecuado en función del estado de la lesión, podemos al mismo tiempo espaciar las curas y, por tanto, disminuir el tiempo enfermero invertido en el proceso hasta el cierre completo



de la herida. Al distanciar las curas, se consigue aumentar la calidad de vida del paciente ya que el tratamiento influye mínimamente en su vida diaria (desplazamiento hasta el centro, molestia de la intervención, etc.) y al disminuir las intervenciones se dispondrá de más tiempo para otras actividades.

La disponibilidad de un amplio surtido terapéutico, cada vez mayor, para el cuidado de las heridas hace posible diseñar planes de tratamiento que consigan lograr un doble objetivo: Mejorar la calidad de vida del paciente y ser eficientes en nuestro trabajo. No obstante, esa amplia diversidad de productos también supone la necesidad de invertir continuamente en formación sobre materiales y técnicas para el cuidado de las heridas, con el fin de seguir siendo lo más eficientes posibles.

## Conclusiones

- La herida ha cerrado en 36 días.
- Durante todo el proceso la piel perilesional se ha mantenido intacta y el paciente no ha tenido dolor ni en durante las curas ni el intervalo entre ellas.
- Las curas han estado muy espaciadas, sobre todo a partir del décimo día, con el consiguiente ahorro de tiempo enfermero, recursos materiales y desplazamientos del paciente.
- La relación coste-efectividad de una intervención no puede estar basada únicamente en el coste del producto utilizado. Es imprescindible valorar, al menos, el tiempo total y la calidad del cuidado proporcionado.

## Bibliografía

- 1 Stewart A, Donoghue J, Mitten-Lewis S. Pilonidal sinus: Healing rates, pain and embarrassment levels. *J Wound Care* 2008; 17 (11): 468-74.
- 2 Kerr A, Young S, Hampton S. Has packing sinus wounds become a ritualistic practice? *Br J Nurs* 2006; 15 (19): 27-30.
- 3 Torra JE, Arboix M, Soldevilla JJ, Rueda J, Segovia T, Martínez F, et al. Apósitos. En: Soldevilla JJ, Torra JE, eds. *Atención integral de las heridas crónicas*. Madrid: SPA; 2004. p 91-120.
- 4 Asensio Romero A, Vázquez Checa G, López Ventura M, Begonte García G. Úlceras malignas y fístulas. *Rev SEMER* 2002; 1 (3): 13-24.
- 5 Rodríguez Palma M, Malia Gázquez R, Barba Chacón A. Quistes cutáneos. Protocolo y pautas de actuación. *Rev ROL Enferm* 2001. 24 (1): 17-23.
- 6 Hess CT. Cómo utilizar los apósitos de alginato. *Nursing* 2000. 18 (8): 43.
- 7 Viciano V, Castera JE, Medrano J, Aguiló J, Torro J, Botella MG, et al. Effect of hydrocolloid dressings on healing by second intention after excision of pilonidal sinus. *Eur J Surg* 2000; 166 (3): 229-32.
- 8 Romo Sanz MI. *Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo*. Madrid: Librería Cervantes; 1999.
- 9 Baharestani M, Gottrup F, Holstein P, Vanscheidt W, eds. *The clinical relevance of debridement*. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer-Verlag; 1999.
- 10 Banerjee D. The aetiology and management of pilonidal sinus. *J Wound Care*. 1999; 8 (6): 309-10.
- 11 Berry DP, Bale S, Harding KG. Dressings for treating cavity wounds, *J Wound Care* 1996; 5 (1): 10-7.