Abordaje de enfermería en la práctica avanzada en el cuidado multidisciplinar de una herida en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple

REMEDIO MARÍA ORIOLA MICÓ[1]*; MARÍA MAGDALENA LASHERAS TINA[2]

[1]ENFERMERA – EXPERTO UNIVERSITARIO EN CUIDADOS DE HERIDAS CRÓNICAS – UCP SAN CAMILO – TRES CANTOS (MADRID)

[2]MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTENSIVA – MÁSTER EN CUIDADOS PALIATIVOS – UCP SAN CAMILO – TRES CANTOS (MADRID)

Autora para correspondencia: remeoriola@gmail.com

Recibido: 14 de septiembre de 2024 – Aceptado: 4 de diciembre de 2024

Resumen

La esclerosis múltiple en estado avanzado necesita de diferentes disciplinas para mejorar el bienestar de los pacientes.

El presente caso describe la evolución de una lesión cronificada en el hueco poplíteo de un paciente con esclerosis múltiple, y ejemplifica cómo un equipo sanitario trabajando en estrecha colaboración puede obtener resultados satisfactorios en la evolución de las heridas y, sobre todo, mejorar el bienestar del paciente.

Palabras clave. Esclerosis Múltiple – Úlcera por Presión – Cuidados Paliativos.

Abstract

Advanced-practice nursing approach in multidisciplinary care of a popliteal fossa ulcer in a patient with multiple sclerosis.

Advanced multiple sclerosis requires a variety of disciplines to improve patient well-being.

This case describes the evolution of a chronic lesion in the popliteal fossa of a patient with multiple sclerosis. It is an example of how a healthcare team working closely together can achieve satisfactory results in wound progression and, above all, improve patient well-being.

Keywords. Multiple Sclerosis – Pressure Ulcer – Palliative Care.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad degenerativa crónica, inflamatoria y autoinmune del sistema nervioso central (SNC) en la que se produce un daño en la cubierta de las fibras nerviosas (mielina) causando la desmielinización. Es una entidad muy heterogénea, de curso variable e impredecible, conocida como "la enfermedad de las mil caras". Es de predominio femenino ya que 3 de cada 4 personas afectadas son mujeres. Suele ocurrir en la etapa joven adulta, entre los 20 y los 40 años, si bien una de cada 4 personas diagnosticadas tiene menos de 20 años. Es la segunda causa de discapacidad que afecta a los jóvenes adultos, después de los accidentes de tráfico. En la actualidad aún no se conoce su etiología ni hay tratamiento curativo. La prevalencia de la EM en España es de más de 55.000 afectados, en Europa es de 1.200.000, y 2,8 millones de personas a escala mundial[1-2].

En las etapas más avanzadas de la EM los cuidados están dirigidos a las secuelas que se producen por el dolor, fatiga, degeneración cognitiva, degeneración muscular o pérdida de la funcionalidad entre otros, por lo que hay que tener en cuenta la posible aparición de las úlceras por presión (UPP) [3].

Otra complicación es la espasticidad, en la que se origina un aumento de la tensión muscular, hiperreflexia y movimientos exagerados en los tendones, limitando la movilidad y causando posturas incómodas[4].

Actualmente, los Cuidados Paliativos se proponen desde una fase más precoz de la enfermedad, de forma que el tratamiento paliativo va aumentando en frecuencia [5]. Sin embargo,

no hay que entender los Cuidados Paliativos como un abandono del paciente. En este sentido el tratamiento de las UPP y las curas que requieren deben ser óptimos.

El objetivo del caso es reportar el buen resultado de las curas prodigadas en una Unidad de Cuidados Paliativos sobre una herida en la que se había desestimado tratamiento alguno por considerarla definitiva y refractaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes clínicos

Paciente varón de 62 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos que sufre esclerosis múltiple avanzada de 35 años de evolución, que ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos, planteando un ingreso de respiro con posibilidad de dar de alta en caso de estabilidad clínica. Consciente en las tres esferas, orientado y alerta. RASS +1. Eupneico, hidratado y perfundido. Presentaba fragilidad, sarcopenia, desnutrición y caquexia severas, con imposibilidad de sedestación. Desde el último ingreso en su Hospital de referencia mantenía posición fetal con flexión extrema de miembros inferiores hacia el torso, y cierta lateralización de éste, secundaria a la intensa rigidez debida a lo avanzado de su enfermedad neurológica. Conservaba movilidad en miembro superior izquierdo y movilidad parcial en derecho.

Imagen 1. Situación al ingreso. Úlcera de grado IV con exposición de tendones en el hueco poplíteo derecho.

Estadio basal

En el informe de derivación se indicaba que presentaba una UPP grado IV, sin arteriopatía asociada, con exposición de tendones en el hueco poplíteo derecho, tejido de granulación y algún esfacelo, que ocasionaba dolor irruptivo intenso (EVA 10) que cedía con rescates de 3mg de morfina subcutánea. No se describía el tiempo de evolución, ni cómo se produjo esa lesión. El tratamiento hospitalario incluyó curas de povidona yodada líquida con gasas impregnadas, y la colocación de una almohada entre las piernas para evitar los roces (Imagen 1).

El paciente impresionaba de vivir en estado de negación de su situación. Se mostraba inquieto, triste y desmotivado por lo que, después de unos días en la Unidad y de estudiar su caso, nos replanteamos cambiar la estrategia terapéutica, ya que el pronóstico de vida del paciente era de meses.

Valoración inicial

Presentaba una UPP en el hueco poplíteo derecho de grado IV según el sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP [6], y atendiendo a la *DIP*[7] se categorizaba como grado III y etapa A; con afectación de los tendones. La extensión superficial de la lesión se cuantificó en 9 x 7 x 2,5 cm (largo x ancho x profundidad). El lecho de la herida presentaba tejido de granulación, sin esfacelos, con exudado moderado. La piel perilesional, según la escala FEDPALLA II[8], obtuvo un resultado de 25 puntos (Grado I: muy bueno). Es de resaltar que mantuvo buen control de la piel perilesional durante el resto de las curas.

Evolución y pauta de curas

Se inició tratamiento local, efectuando una limpieza de la herida con suero fisiológico. Se aplicó en el lecho de la herida pomada cicatrizante que contenía extracto de Centella asiática, y apósito hidrocelular con alginato e iones de plata. Se cubrió con gasas y apósito con lámina transparente. Se realizaba la cura dos veces a la semana. Se continuó utilizando almohadas como sistemas de apoyo.

Al mismo tiempo, se pautaron batidos hiperproteicos, con alto contenido en proteínas, arginina y micronutrientes, por su estado catabólico crónico. Y para la espasticidad, asociada a hipertonía, se comenzó tratamiento oral con diazepam, gabapentina y baclofeno, titulando las dosis en base a la respuesta motora. Hay que señalar que desde el inicio de estas curas no refirió dolor en esa zona, por lo que no precisó morfina ni ningún otro tipo de analgesia.

En la Imagen 2 se puede observar que a los tres días de iniciado este tratamiento ya había formación de nuevo tejido conjuntivo denso, rosáceo y sangrante, que empezaba a cubrir los tendones.

Imagen 2. Día 3. Tras inicio de las curas con apósito hidrocelular con alginato e iones de plata. Se observa formación de nuevo tejido conjuntivo.

Imagen 3. Día 21. Mejoría notable de la lesión, con el lecho más granulado, sin tejido esfacelar y con los bordes perilesionales sin macerar.

Tras 21 días de evolución de la lesión es notable la epitelización, se observa una disminución de la profundidad. Continúa el curso de la fase de granulación con predominio de tejido de granulación neoformado activo en el lecho de la lesión y con los bordes perilesionales sin macerar (Imagen 3).

Las reevaluaciones eran frecuentes para ver si se continuaba con la plata o se suspendía.

Después de 2 meses, y tras observar que el exudado era escaso, se decidió cambiar la pauta de la cura con otro tipo de apósito de plata. Se realizaba lavado con agua del grifo cuando era requerido. En el lecho de la herida se aplicaban apósitos de plata nanocristalina combinado con hidrogel; en la piel perilesional se empleaba unas veces óxido de zinc y otras, pomada cicatrizante con extracto de Centella asiática. Y se cubría con gasas y apósito con lámina transparente, efectuando la cura cada 48/72 horas. En la Imagen 4 se aprecia cómo la herida va evolucionando muy favorablemente 19 días después del cambio de tratamiento. Se observa la maduración del tejido de granulación y cómo se va remodelando el hueco poplíteo. Su tamaño ha disminuido considerablemente.

El cierre de la UPP se produjo a los 6 meses de tratamiento en un contexto de estabilidad clínica del paciente, por lo que fue dado de alta para continuar los cuidados en una residencia.

Imagen 4. Mejoría notable de la lesión 19 días después del cambio de tratamiento con apósitos de plata nanocristalina combinado con hidrogel. Se observa una maduración del tejido de granulación y mayor cierre de la herida.

DISCUSIÓN

Hemos presentado un caso clínico que ilustra la importancia del abordaje multidisciplinar para manejar este tipo de lesiones complejas. En la UCP se sigue el Modelo Integral de la atención al final de la vida, donde los cuidados paliativos, avanzados y especializados, están dirigidos a pacientes tanto oncológicos como no oncológicos[5]. Este era el caso de este paciente afecto de una enfermedad crónica avanzada como la EM, cuyo tratamiento paliativo no estuvo en contraposición a acciones curativas, lo cual permitió resolver una lesión que muy probablemente hubiese terminado en una momificación en el hueco poplíteo.

Por ejemplo, desde el punto de vista infeccioso el tratamiento de la UPP con apósitos de plata probablemente disminuyó la carga microbiana, aceleró el proceso de cicatrización y no apareció ninguna complicación que retrasara la evolución de la curación[9-12]. Salvo que hubo opiniones distantes de varias enfermeras contrarias al uso prolongado de los apósitos de plata y se ha demostrado, en este caso concreto, que ha sido beneficioso.

En lo referente al estado nutricional, el aporte extra de nutrientes desde el inicio de las curas resultó esencial para favorecer la cicatrización de la herida crónica[5].

Pero lo más relevante a destacar fue el abordaje emocional[5, 13]. Uno de los problemas primordiales era la situación de desahucio que experimentaba el paciente al saber que tenía una herida en la que "no se podía hacer nada" y que podía ser causa de infección grave; llegó a perder la esperanza por momentos, y tenía cambios de humor bastante frecuentes. El hecho de estar a su lado con nuestra presencia, el escucharle, el centrar la atención y el que contase cómo percibía la situación con su modo de ser le ayudó considerablemente, y mejoró no solo su estado clínico, sino también el anímico.

CONCLUSIONES

El tratamiento multidisciplinar es fundamental en este tipo de casos, así como la individualización del plan de cuidados, siendo muy necesaria la formación de los profesionales sanitarios. En este caso se priorizó el confort y los deseos del paciente, con lo que se consiguió mejorar su calidad de vida, además de ofrecer unos cuidados de calidad con los que se resolvió satisfactoriamente la lesión.

Bibliografía

[1] MARTÍNEZ JÚDEZ G, ALEGRE BUENO G, FRANCO LÓPEZ MA, GONZÁLEZ GRACIA ML, DILOY CASAMAYOR LM, GUTIÉRREZ LABORDA M. Esclerosis múltiple. Artículo monográfico. Rev Sanit Investig. 2024;5(4). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/esclerosis-multiple-articulo-monografico-2/

[2] NOTA DE PRENSA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (29 de mayo de 2023): La esclerosis múltiple afecta a más de 2,8 millones de personas en todo el mundo. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link404.pdf

[3] FEDEMA. Autocuidado de personas afectadas de EM y sus cuidadores. Cuadernos de enfermería. FEDEMA. 2013. Disponible en: https://fedema.es/2014/01/10/cuaderno-de-enfermeria/

[4] DIARTE GARÓS D, ELGUEA SARTO L, GABANDÉ FANTOVA JD, HERNÁNDEZ ANTÓN R, RUIZ CLAVERO FJ, ANDRÉS ARTAL S. La espasticidad. Rev Sanit Investig. 2024;5(5). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-espasticidad/

[5] ORIOLA MICÓ RM. Úlceras en el paciente paliativo y al final de la vida. ESHE. 2024

[6] Clasificación de las Úlceras por Presión (UPP) por COCEMFE- Castilla y León. Disponible en: https://cocemfecyl.files.wordpress.com/2014/03/evolucic3b3n-upp-cocemfe.jpg?w=770

[7] MANZOTTI RODRÍGUEZ AC, BRYANT R, LOZANO PLATONOFF A, SERENA TE, CONTRERAS RUIZ J. Proposal for a new pressure ulcer (pressure injury) classification base on Depth, Infection and Perfusion. Wound Central 2021;5:330-4. Disponible en: https://www.jwc-woundcentral.com/content/practice/proposal-for-a-new-pressure-ulcer-pressure-injury-classification-based-on-depth-infection-and-perfusion/

[8] PALOMAR LLATAS F, RUIZ HONTAGAS A, CASTELLANO RIOJA E, ARANTÓN AREOSA L, RUMBO PRIETO JM. Validación de la escala FEDPALLA-II para valoración y pronóstico de la piel perilesional en úlceras y heridas. Enferm Dermatol. 2019;13:43-51. Disponible en: https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/972

[9] CUÑARRO ALONSO JM, MARTÍNEZ SÁNCHEZ P, PUERTA MORALES G, MUÑOZ GARCÍA L. Úlcera por presión isquiática con alto riesgo de deterioro de la piel perilesional. Smith&Nephew, 2017. Disponible en: https://www.formacionpararesidencias.es/portfolio/ulcera-presion-isquiatica-alto-riesgo-deterioro-la-piel-perilesional/

[10] PORTILLO GAÑÁN MJ, FORTEZA M. Abordaje multifactorial del tratamiento de una UPP en la zona poplítea de un paciente con espina bífida con crema barrera, plata nanocristalina, apósitos de cura en ambiente húmedo y terapia compresiva multicapa. Smith&Nephew, 2011. Disponible en: https://www.formacionpararesidencias.es/abordaje-multifactorial-del-tratamiento-de-una-upp-en-la-zona-poplitea-de-un-paciente-con-espina-bifida-con-crema-barrera-plata-nanocristalina-apositos-de-cura-en-ambiente-humedo-y-terapia-compresiv/

[11] CONSENSO INTERNACIONAL. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012. Disponible en: https://woundsinternational.com/

[12] GARCÍA FERNÁNDEZ FP, SOLDEVILLA ÁGREDA JJ, PANCORBO HIDALGO PL, VERDÚ SORIANO J, LÓPEZ CASANOVA P, RODRÍGUEZ PALMA M, ET AL. Manejo local de las úlceras y heridas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº III. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2018. Disponible en: https://gneaupp.info/manejo-local-de-las-ulceras-y-heridas/

[13] BÁTIZ CANTERA J. Hacia una Cultura Paliativa. Madrid: Fundación Pía Aguirreche. 2022.