

P.E.L.I.G.R.O.

Un nuevo acrónimo para la detección precoz de complicaciones por parte de pacientes con heridas crónicas

AUTORES. Lázaro-Martínez JL, Conde-Montero E, Álvarez-

Vázquez JC, Berenguer-Rodríguez JJ, Galindo Carlos A,

Blasco-Gil S, Blasco-García C, Martínez-Cuervo F.



La pandemia de la COVID-19 ha acelerado la implantación de los servicios de telemedicina y la delegación de autocuidados a los pacientes en general, y en particular a aquellos que requieren un seguimiento y atención continua, como es el caso de los pacientes con heridas crónicas.

Los pacientes con heridas crónicas han sufrido el impacto de la pandemia de forma muy importante, debido a la cancelación o reducción de los servicios asistenciales, lo que ha derivado en una pérdida o distanciamiento del seguimiento de sus lesiones por parte de los profesionales sanitarios encargados del cuidado de sus heridas. Para paliar esta circunstancia desde el inicio de la pandemia se ha fomentado la implantación de sistemas de teleasistencia y de seguimiento remoto, y se ha reforzado el papel del paciente y su entorno en la atención de sus heridas.

Se ha demostrado que cuando el paciente se implica en la atención de sus heridas crónicas, se aumentan los beneficios clínicos y psicológicos de éstos, mejorando los resultados clínicos y también su calidad de vida¹. El término de atención centrada en el paciente (del inglés Patient Centered Care) se ha implementado en diversas áreas, y en especial en la atención de pacientes con enfermedades o padecimientos crónicos,

como es el caso de los pacientes con úlceras. La mejor forma de medir la atención centrada en el paciente es a través de la evaluación del propio paciente, lo que permite al profesional sanitario entender mejor las necesidades y preferencias del paciente, favoreciendo la toma de decisiones compartidas, donde el paciente comprenda plenamente la información recibida acerca de su dolencia y tratamiento, y que incluya al paciente y a su entorno como un miembro más del equipo².

Una de las principales preocupaciones de los profesionales sanitarios relacionadas con la delegación de cuidados domiciliarios en pacientes con heridas crónicas es la detección precoz de complicaciones. Las personas con úlceras presentan a menudo complicaciones que pueden provocar efectos adversos tales como la hospitalización, la amputación o la muerte. En este sentido el diagnóstico precoz de la infección es uno de los principales retos en la atención de las heridas crónicas de cualquier etiología. El miedo a que la herida se infecte a consecuencia de una manipulación incorrecta, o a una mala gestión de la carga bacteriana, han motivado que los profesionales sanitarios recelen de los autocuidados domiciliarios de las úlceras.

Sin embargo, las experiencias vividas durante el confinamiento estricto implantado en España entre

Marzo y Mayo de 2020, nos demostraron que muchos pacientes eran capaces de cuidar sus heridas por ellos mismos o con la ayuda de su entorno, y en ocasiones con muy buenos resultados, y con un número de efectos adversos menor a lo esperado. Probablemente el esfuerzo empleado en la formación del paciente, y el entrenamiento del cuidador, junto a un sistema de teleasistencia fueron suficientes para un correcto autocuidado.

Evaluación sistemática de la herida

Se ha demostrado que la evaluación sistemática de la herida, ayuda en el diagnóstico precoz de complicaciones y en la toma de decisiones para su manejo. En este sentido el Triángulo de Evaluación de la Herida³, se desarrolló con el objetivo de sistematizar la evaluación de las heridas crónicas y ayudar a los profesionales sanitarios a la detección de complicaciones como la infección, la presencia de tejido no viable en la herida, el control de la maceración perilesional o la adecuación de los bordes de la herida.

Esta herramienta se ha diseñado para su uso por parte de profesionales sanitarios, y aunque ha demostrado un beneficio en las escalas de valoración de las heridas crónicas, y en especial en tiempos de pandemia, requiere una adaptación para el conocimiento y aplicación por parte de los pacientes y/o cuidadores⁴. El perfil generalizado de los pacientes con heridas crónicas dificulta la translación del Triángulo de Evaluación de la Herida para uso domiciliario del paciente y/o cuidador, por lo que es preciso una adecuación sencilla al lenguaje del paciente y su entorno.

Para que se pueda establecer un proceso de autocuidado con suficientes garantías, es necesario el desarrollo de un sistema de monitorización que permita al paciente identificar de una forma sencilla, el deterioro de la úlcera en cada cambio de apósito. Este sistema debe ser simple e intuitivo.



P	Pus
E	Empalidecer
L	Líquido aumentado
I	Incremento de dolor
G	Grosor mayor de los bordes
R	Rojo alrededor de la herida
O	Olor desagradable en la herida

tivo y a la vez fácil de recordar por parte del paciente.

PE.L.I.G.R.O.

Un grupo de profesionales sanitarios integrado por enfermeras, médicos y podólogos se reunió para analizar la mejor forma de implementar un sistema de autoevaluación en paciente con heridas crónicas, que permitiera el control de las úlceras en el domicilio por parte del propio paciente o cuidador, que ayudara en la detección precoz de complicaciones y que alertara al paciente para en el caso de producirse, contactar con el profesional sanitario responsable para informar de la incidencia.

Existen experiencias previas que han utilizado un acrónimo como herramienta para aumentar la concienciación del paciente e instruirle en caso de necesitar asistencia sanitaria programada o urgente. Como ejemplo tenemos los acrónimos desarrollados en Reino Unido para

los pacientes con riesgo de sufrir un ictus en los que se utiliza el acrónimo F.A.S.T (Face/Arms/Speech/Time) en referencia a los principales síntomas que se presentan en estos pacientes y la necesidad de requerir una atención urgente lo antes posible. Recientemente se ha trasladado esta idea al campo del pie diabético⁵, para aumentar la concienciación de los pacientes y profesionales sanitarios en torno a esta complicación y favorecer la derivación en tiempo y forma de los mismos, a los equipos multidisciplinares de pie diabético, mediante el uso del acrónimo A.C.T. N.O.W (Accident/Change/Temperature/New pain/Oozing/Wound). Siguiendo esta idea aplicada a otras situaciones clínicas, este grupo de expertos desarrolló el acrónimo PE.L.I.G.R.O., basándose en los criterios incluidos en el Triángulo de Evaluación de la Herida que se relacionaban con la presencia de infección o de alta carga bacteriana.

Los expertos consideraron que ante la presencia de algunos de estos signos/síntomas en la herida, el paciente debería contactar urgentemente con el profesional sanitario responsable del cuidado de su herida

- P.** Presencia de Pus en la herida
- E.** Empalidecer. (Decoloración blanquecina del lecho de la herida)
- L.** Líquido aumentado en la herida
- I.** Incremento de dolor
- G.** Grosor mayor de los bordes
- R.** Rojo alrededor de la herida
- O.** Olor desagradable

La definición de estos parámetros se llevó a cabo después de un consenso por parte de nuestro grupo de expertos, que acordamos que la infección o la carga bacteriana no controlada, eran las complicaciones más graves que se podrían presentar en el caso de que el paciente realizara autocuidado de su herida. Dichos parámetros están basados en los puntos del Triángulo de Evaluación de la Herida que se relacionan con la infección en base a cambios en el lecho, bordes y piel perilesional. El acrónimo PE.L.I.G.R.O. incluye los signos y/o síntomas más frecuentes en caso de que la herida se infecte o desarrolle un biofilm. Obviamente no se pretende que el diagnóstico se realice por el propio paciente, sino que éste sea capaz de identificar aquellos signos o síntomas que sugieren que la herida está empeorando, y en este caso fomentar el contacto urgente con el profesional sanitario responsable del seguimiento de la úlcera. ▀

Bibliografía

1. Dowsett C. Exudate management: a patient-centered approach. *J Wound Care*: 2008: 17249-52.
2. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. *BMJ*. 2001:322-444-5
3. Dowsett C, Protz K, Drouard M, Harding KC. Triangle of Wound Assessment Made Easy. *Wounds International* May 2015.
4. Lázaro-Martínez JL, Conde-Montero E, Alvarez-Vazquez JC, Berenguer-Rodríguez JJ, Galindo Carlos A, Blasco-Gil S, Blasco-García C, Martínez-Cuervo F. Preliminary experience of an expert panel using Triangle Wound Assessment for the evaluation of chronic wounds. *J Wound Care*. 2018 Nov 2;27(11):790-796.
5. Edmonds M, Phillips A, Grumitt J, Odiase C, Holmes P, Halloum H, Beckwith A, Doherty Y. ACT NOW! Diabetes and Foot Care Assessment and Referral. Available: https://idealdiabetes.com/wp-content/uploads/2020/02/7918-IDEAL-Diabetes-and-Foot-Care_web4.pdf.