

2023



Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes adultos con heridas



HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA. 2023

 Autoedición, 2023

ISBN: 978-84-09-50861-7

Depósito Legal: CO 2073-2023

Autoría

- María Moreno Benítez. Supervisora de Cuidados de UGC de Cuidados Paliativos y Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- Lorenzo Pérez Santos. Enfermero Consultor de Heridas Crónicas y Agudas. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Índice

- 1** **Introducción. Página 9**
- 2** **Justificación. Página 13**
- 3** **Objetivos: Página 19**
 - 3.1 Objetivo general.**
 - 3.2 Objetivos específicos.**
- 4** **Profesionales a los que va dirigido. Página 21**
- 5** **Ámbito asistencial diana. Página 23**
- 6** **Criterios generales. Página 31**
- 7** **Circuito de derivaciones. Página 33**
- 8** **Intervenciones y actividades sanitarias. Página 35**
- 9** **Criterios específicos
por Unidad de Gestión Clínica. Página 37**

Índice

10 Difusión e implementación. **Página 91**

10.1 Difusión.

10.2 Implementación.

10.3 Indicadores.

11 Anexo. **Página 105**

11.1 Circuito de coordinación para pacientes
con heridas complejas AH-HaD-AP.

12 Bibliografía. **Página 107**

1.Introducción

La Hospitalización Domiciliaria (HaD) es un modelo asistencial que proporciona cuidados y atenciones sanitarias en el domicilio de los enfermos mediante la utilización de recursos materiales, humanos y organizativos propios de una planta de hospitalización convencional y tiene como finalidad evitar ingresos y favorecer el alta precoz.¹

Los pacientes candidatos a recibir atención en régimen de hospitalización a domicilio son aquellos que precisan unos cuidados similares en intensidad y complejidad a los enfermos hospitalizados pero que a la vez se encuentran en una situación clínica que permite prescindir de la estructura física hospitalaria.¹

Este modelo de atención ofrece unas ventajas que revierten directamente en el paciente y su familia, pero también en la institución hospitalaria y en el sistema sanitario: amplía cartera de pacientes, recuperaciones más rápidas, recurso que reduce costos al sistema, disminución de las infecciones hospitalarias, menor riesgo de presentar o agravar trastornos mentales, mayor grado de comodidad, promoción del autocuidado y favorecer la continuidad asistencial.²



El inicio de este modelo asistencial en nuestro hospital fue en septiembre de 2020 por las necesidades derivadas de la presión asistencial por la Covid-19, posteriormente el grueso de derivaciones ha sido de pacientes con patologías médicas que han precisado seguimiento estrecho tras altas hospitalarias.

Entendemos que una de las mayores barreras para el éxito de este modelo asistencial somos los propios profesionales, pero decir tiene que proporcionar estancias hospitalarias más cortas minimiza el riesgo de infección, facilita la adaptación del paciente a su entorno, mejora el aprovechamiento de los recursos materiales existentes en el centro y disminuye la frecuentación sanitaria, necesaria e innecesaria.

2. Justificación

Las heridas complejas forman parte de la cartera de servicios de HaD. Es un modelo asistencial limitado en el tiempo, que proporciona curas y atención de nivel hospitalario en el domicilio de los pacientes con procesos que requieren hospitalización.³

Su inclusión en nuestro modelo asistencial es necesario por:

Elevada incidencia y morbimortalidad de pacientes con heridas crónicas y/o agudas complejas.

La importancia de las heridas crónicas y/o agudas como problema de salud viene definida por su elevada incidencia y letalidad,⁴ constituyen un indicador directo de calidad y representan un importante problema de salud con graves consecuencias a diferentes niveles: pacientes y/ o familiares, profesionales sanitarios y Sistema de Salud.^{5, 6}

Es un problema cada vez más frecuente en nuestro en nuestro centro⁷, donde es prioritario de establecer unos cuidados de calidad en el manejo de este tipo de pacientes de gran complejidad, además de requerir el concurso coordinado de diferentes profesionales para la obtención de buenos resultados con criterios de eficiencia.

Por la importante repercusión en la calidad de vida de la persona.

Las heridas suponen en sí mismas, un importante impacto físico y psíquico, agravado por el dolor, el cuidado de las lesiones, tratamientos médico – quirúrgicos y estancias hospitalaria de larga duración. El cambio brusco en el estado de salud influye directamente en la calidad de vida posterior tanto del paciente como familiares o cuidadores.⁴

Por tanto los cuidados postoperatorios, el manejo del dolor, la terapia antimicrobiana endovenosa o curas de las heridas son intervenciones habituales que modifican el estado de salud del paciente a nivel hospitalario.

Proporcionar una alternativa asistencial en la atención del paciente con heridas complejas repercute en la mejora de la calidad de la persona, familiares o cuidadores.⁸

Por el elevado consumo de recursos sanitarios.

Las heridas crónicas y/o agudas suponen un impacto importante para cualquier Sistema de Salud. Suponen un gran impacto a nivel hospitalario, en cuanto a estancias no necesarias en el postoperatorio (consultas de revisión, visitas a urgencias o ingresos innecesarios), sino también y quizá no menos importante en las estancias necesarias



Las complicaciones quirúrgicas (Dehiscencia de la Herida Quirúrgica) son las más frecuentes,⁹ siendo habitual la utilización de prácticas avanzadas en el proceso de curación, como es la Terapia de Presión Negativa (TPN).^{10,11}

Estas complicaciones pueden repercutir en el aumento de la estancia hospitalaria, aumento de los reingresos, la necesidad de nueva cirugía y aumento de los costes globales.⁸



3. Objetivos

3.1 Objetivo general

- Mejorar la calidad en la atención del paciente con heridas que cumplen criterios de hospitalización a domicilio.
-

3.2 Objetivos específicos

- Permitir estancias hospitalarias más cortas minimizando el riesgo de infecciones.
- Optimizar el aprovechamiento de los recursos sanitarios.
- Reforzar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la educación sanitaria del paciente y familia o cuidadores.
- Facilitar la adaptación del paciente a su medio con la participación de la familia o cuidadores.
- Disminuir la frecuentación sanitaria no necesaria.

4. Profesionales a los que va dirigido

- Profesionales sanitarios (enfermeras/os y médicos) de Unidades de Hospitalización.
- Profesionales sanitarios (enfermeras/os y médicos) de Urgencias y Críticos.
- Profesionales sanitarios (enfermeras/os y médicos) de Consultas Externas relacionadas con el manejo de heridas.



5.Ámbito asistencial diana



5.1 Criterios de inclusión.

5.1.1 Pacientes con heridas crónicas con criterios de HaD:

- Lesiones Por Presión (LPP).
- Úlceras de la Extremidad Inferior (UEI): venosas, isquémicas o pie diabético.

5.1.2 Pacientes con heridas agudas con criterios de HaD:

- Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI).
- Heridas Quirúrgicas (HQ).
- Dehiscencias Sitio Quirúrgico (SDQ).
- Pérdidas Cutáneas (PC) sin o con exposición ósea, tendinosa, material osteosíntesis o mallas quirúrgicas de origen quirúrgico (complicaciones de la cirugía), traumático (hematoma), infeccioso (bacteriana, vírica o fúngica), sistémico (edema).
- Quemaduras (Q): producidas por un traumatismo físico o químico. Inclusive epitelitis por radioterapia.
- Injertos Cutáneos (IC).

5.1.3 Pacientes con otras heridas crónicas y/o agudas con criterios de HaD:

- Heridas atípicas (HA): producidas por patologías de muy baja incidencia o raras.



5.2 Criterios de exclusión.*

5.2.1 Pacientes con úlceras neoplásicas o tumorales.

*Excluimos a estos grupos de población ya que su cobertura depende de otros dispositivos asistenciales.



Ámbito asistencial diana



Lesiones por presión.



Úlceras venosas.



Dermatitis Asociadas a
la Incontinencia.



Dehiscencias del Sitio
Quirúrgico.



Pérdidas cutáneas.



Quemaduras.



Ámbito asistencial diana



Heridas Atípicas:
Picaduras de
arácnido.



Heridas Atípicas:
Síndrome de
Stevens- Johnson.



Heridas Atípicas:
Calcifilaxis.



Heridas Atípicas:
Pioderma
gangrenoso.



Injertos cutáneos.

6.Criterios generales



- Estabilidad clínica.
- Voluntariedad.
- Residencia en área de "cobertura".
- Línea telefónica.
- Cuidador válido.

7.Circuito de derivaciones

Se puede contactar con Enfermero Consultor de Heridas o Supervisora de Cuidados de Hospitalización a Domicilio (HaD). Se valorarán los criterios generales, así como las lesiones de los pacientes y la viabilidad de hacerlo en domicilio.

Se trasladará el caso a médico referente de HaD para ajuste de plan terapéutico.

Los pacientes pueden proceder desde planta de hospitalización y en caso de pacientes que acudan a consulta y presenten heridas subsidiarias de HaD sería recomendable un ingreso de 24 horas en unidad de referencia.

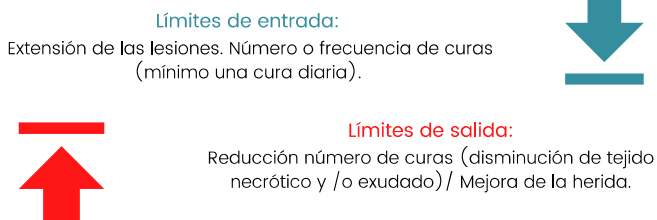
8. Intervenciones y actividades sanitarias

- Control diario de enfermería.
- Visita médica según necesidad.
- Ajuste de medicación y manejo del dolor.
- Asesoramiento sobre las deficiencias de cuidados.
- Administración de medicación incluido tratamiento parenteral.
- Cuidado de las heridas. Prácticas avanzadas.
- Toma de constantes.
- Controles analíticos.
- Gestión de casos. Coordinación con Unidad de Gestión Clínica de origen y/o Atención Primaria.

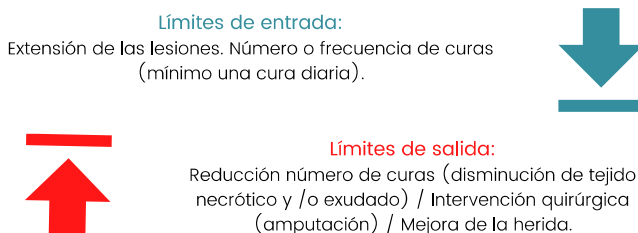
9. Criterios específicos por Unidad de Gestión Clínica

A continuación se recogen las lesiones prevalentes de cada Unidad que se pueden beneficiar de su seguimiento en régimen de Hospitalización a Domicilio. Así como unos límites de entrada y de salida de la misma, dependiendo del estado de la herida y la necesidad de tratamiento antimicrobiano y/o analgésico endovenoso.

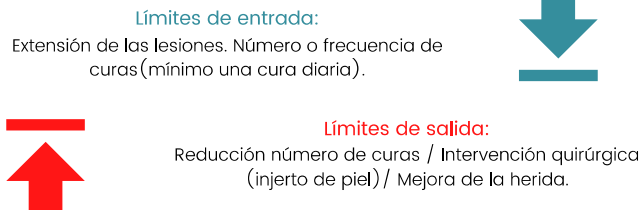
Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.



Úlceras en extremidad inferior (UEI): venosa / isquémica / pie diabético.



Pérdidas cutáneas (PC) postraumática : hematomas.



Pérdidas cutáneas(PC) de origen sistémico: edemas miembro inferior.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Heridas atípicas (HA): linforrea inguinal.

Límites de entrada:

Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas. Disminución del drenaje de líquido linfático.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:
Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:
Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Úlceras en extremidad inferior (UEI): venosa / isquémica / pie diabético.

Límites de entrada:
Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:
Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (amputación) / Mejora de la herida.

Dehiscencias del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición ósea o tendinosa.

Límites de entrada:
Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:
Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido / injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Cirugía Cardiovascular



Heridas atípicas (HA): linforrea inguinal.

Límites de entrada:

Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución del drenaje de líquido linfático).

Lesiones por presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencias del sitio quirúrgico (SQD): sin o con exposición mallas profilácticas o terapéuticas:

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de
tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre
diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Perdida cutánea (PC): sin o con exposición mallas profilácticas o terapéuticas.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de
tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre
diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones . Número o frecuencia de curas.
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y/o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencias del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición ósea o tendinosa.

Límites de entrada:

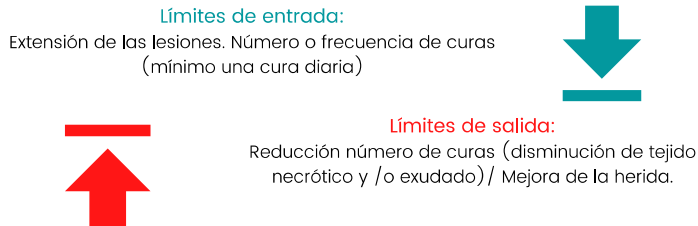
Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



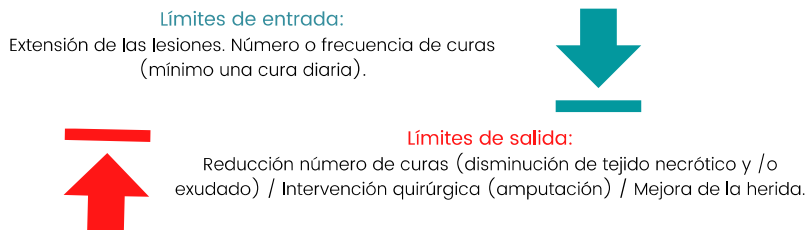
Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de
tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica
(injertos de piel) / Mejora o cierre de la herida.

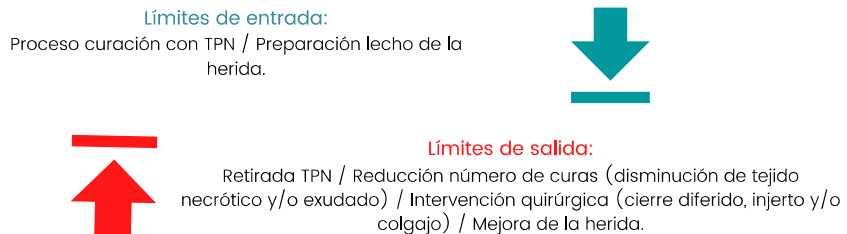
Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.



Úlceras en extremidades inferiores (UEI): venosa / isquémica / pie diabético.



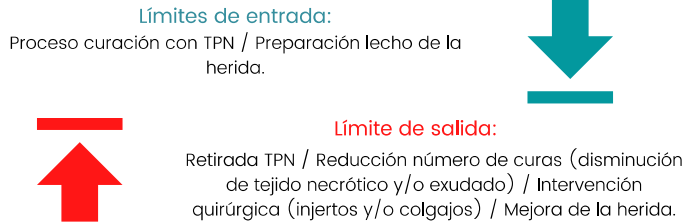
Dehiscencia del sitio quirúrgico (SQD): sin o con exposición ósea, tendinosa y material de osteosíntesis.



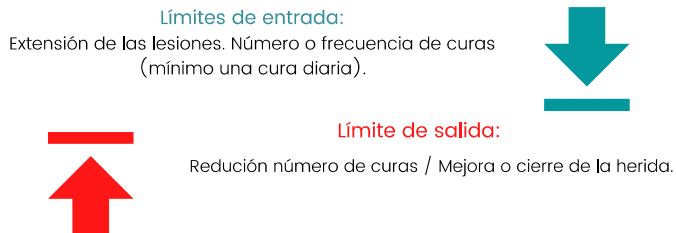
Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Cirugía Plástica



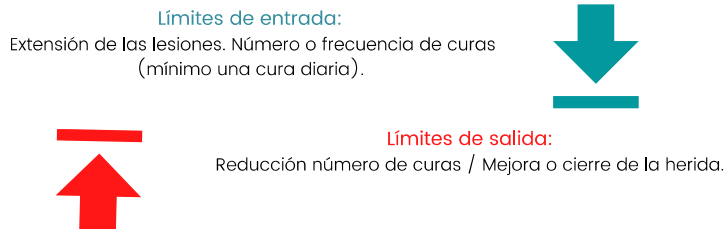
Pérdidas cutáneas (PC): postraumática (hematomas), quirúrgicas (complicaciones de la cirugía) o infecciosas (bacterianas, víricas o fúngicas).



Quemaduras (Q) extensas de 1º y 2º grado con días de evolución.



Quemaduras (Q) residuales en superficies extensas ya epitelizadas.



Injertos cutáneos (IC) con prendimiento parcial en superficies extensas.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Mejora o cierre de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Cirugía Torácica



Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencia del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición de mallas profilácticas o terapéuticas.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Pérdida cutánea (PC) sin o con exposición mallas profilácticas o terapéuticas.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido, injertos o colgajos) / Mejora cierre de la herida.

Heridas Atípicas (HA) : Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) / Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET), Pénfigo y Eritrodermia u otras patologías raras con días de evolución.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Mejora o cierre de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dermatitis Asociado a la Incontinencia (DAI).

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Pérdidas cutáneas (PC) de origen sistémico: edema generalizado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas. Mejora de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Ginecología



Dehiscencias del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición mallas profilácticas o terapéuticas.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Lesión Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dermatitis Asociado a la Incontinencia (DAI).

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Heridas atípicas (HA): ectima gangrenoso u otras patologías raras.

Límites de entrada:

Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Mejora de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Infecciosos



Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Úlcera en Extremidad Inferior (UEI): venosa / isquémica / pie diabético.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Pérdidas cutáneas (PC) de origen infeccioso: bacterianas, víricas o fúngicas.

Límites de entrada:

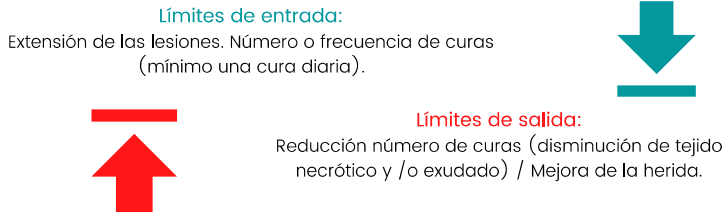
Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



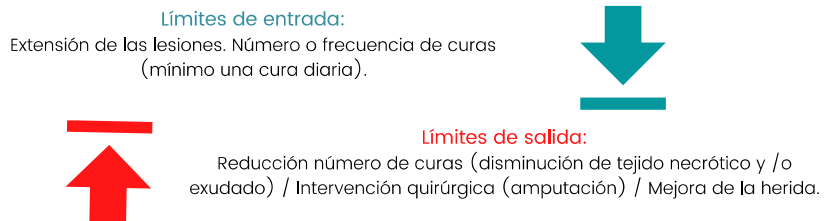
Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (injerto y/o colgajo) / Mejora de la herida.

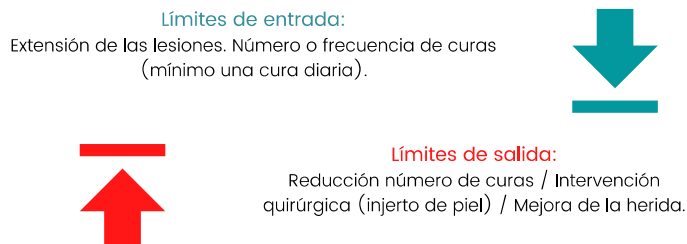
Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.



Úlcera en extremidad inferior (UI): venosa / isquémica / pie diabético.



Pérdidas cutáneas (PC) postraumática: hematomas.



Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Medicina Interna



Pérdidas cutáneas (PC) de origen infeccioso: bacterianas, víricas o fúngicas.

Límites de entrada:
Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (injerto y/o colgajo cutáneo) / Mejora de la herida.

Heridas atípicas (HA): vasculitis, pioderma gangrenoso u otras patologías raras.

Límites de entrada:
Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Mejora de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Úlceras en Extremidad Inferior (UEI): venosa / isquémica / pie diabético.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o
exudado) / Intervención quirúrgica (amputación) / Mejora de la herida.

Heridas atípicas (HA): calcifilaxia, crioglobulinemias u otras.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dermatitis Asociado a la Incontinencia (DAI).

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencias del Sitio Quirúrgico (SQD): sin o con exposición ósea, tendinosa, material de osteosíntesis y mallas profilácticas o terapéuticas.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de exudado) /
Intervención quirúrgica (cierre diferido, injertos o colgajos) / Mejora o
cierre de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Neurología



Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dermatitis Asociado a la Incontinencia (DAI).

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dermatitis Asociado a la Incontinencia (DAI).

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas / Cierre de la herida.

Criterios de hospitalización a domicilio en pacientes de la UGC de Otorrinolaringología



Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:
Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:
Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencias del Sitio Quirúrgico (SQD).

Límites de entrada:
Proceso curación con TPN /Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:
Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Heridas atípicas (HA): fístula traqueocutánea.

Límites de entrada:
Número o frecuencia de curas (mínimo una cura diaria).



Límites de salida:
Reducción número de curas (disminución de secreciones) / Intervención quirúrgica.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.

Límites de entrada:

Extensión de las lesiones. Número o frecuencia de curas
(mínimo una cura diaria).



Límites de salida:

Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y /o exudado) / Mejora de la herida.

Dehiscencia del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición ósea, tendinosa y material de osteosíntesis.

Límites de entrada:

Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de tejido
necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre diferido,
injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Pérdida cutánea (PC) sin o con exposición ósea, tendinosa y material de osteosíntesis

Límites de entrada:

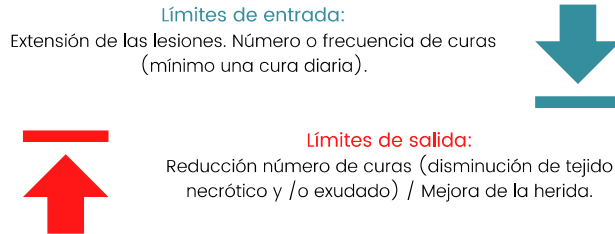
Proceso curación con TPN / Preparación lecho de la herida.



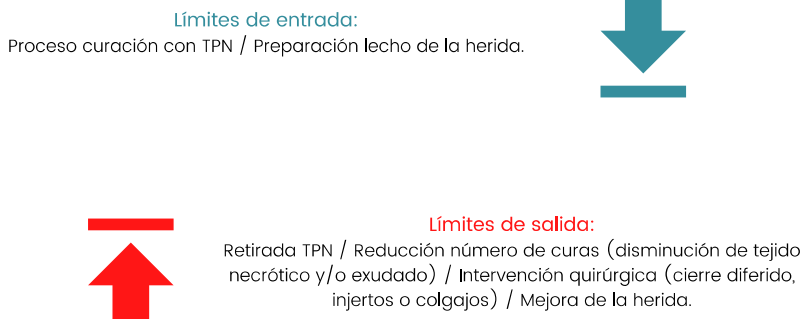
Límites de salida:

Retirada TPN / Reducción número de curas (disminución de
tejido necrótico y/o exudado) / Intervención quirúrgica (cierre
diferido, injertos o colgajos) / Mejora de la herida.

Lesiones Por Presión (LPP) de gran tamaño y profundidad o multiulcerado.



Dehiscencia del sitio quirúrgico (SQD) sin o con exposición mallas profilácticas o terapéuticas.



Contactos



María Moreno (Supervisora de Cuidados de HaD): 690 558/671 59 05 58

Rafael Madrid (Médico de HaD): 607 455/628 43 95 37

Lorenzo Pérez (Enfermero Consultor de Heridas): 769 530/671 56 95 30

10. Difusión e implementación

10.1 Difusión

La distribución de la información irá dirigida a los profesionales y con diferentes métodos de comunicación.¹²

10.1.1 Dirigido a profesionales de las UGC.

- Presentación del documento en las diferentes UGC.
- Recordatorios en formato papel para todas las UGC (Tríptico del circuito de coordinación para pacientes con heridas complejas).
- Recordatorios en formato electrónico por WhatsApp de la Unidad.
- Recordatorios en las reuniones diarias de alta frecuentación hospitalaria.

10.1.2 Dirigido a gestores y comisiones del centro.

- Presentación a dirección tanto médica como enfermería.
- Presentación al jefe de servicio de la Unidad.
- Presentación a enfermeras gestora de casos del hospital.
- Presentación en la comisión de seguridad del paciente del centro.
- Presentación en la comisión de LPP y heridas del centro.

10.1.3 Dirigido a profesionales en general.

- Difusión electrónica a través de la web de nuestro centro.
- Difusión electrónica a través de la web del SAS.
- Difusión electrónica a través de sociedades o web relacionadas con el cuidado de heridas.
- Presentación a congresos o jornadas científicas.

10.2 Implementación

Utilizaremos nuestro propio juicio para decidir qué puede funcionar mejor, teniendo en cuenta elementos del contexto, barreras, facilitadores y los beneficios potenciales que la estrategia puede aportar.¹²

El análisis del contexto interno debe ser considerado inicialmente y es necesario tener en cuenta que puede variar, por ejemplo, los perfiles de pacientes con heridas en unidades quirúrgicas difieren de unidades médicas e incluso difieren entre módulos y/o dentro de la misma Unidad. Tampoco son extrapolables los resultados de un período anterior a otro posterior, además algunos contextos pueden ser más receptivos a las propuestas de implementación que otros.

Las barreras identificadas están relacionadas preferentemente con los profesionales de la Unidad, como son las preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas, no identificación de profesionales claves, falta de trabajo en equipo y variabilidad en la práctica clínica diaria (basada en la costumbre, por tanto, fuertemente arraigada y difícil de modificar).

Como facilitadores se pueden considerar la presencia de profesionales con predisposición al cambio, El éxito o no de la aplicación de este documento dependerá de la habilidad del facilitador y el proceso de facilitación.

Los métodos de facilitación utilizados deben incluir evaluación contexto local (profesionales y perfil de pacientes con heridas), visitas regulares de práctica, auditoría / retroalimentación y análisis comparativo de los datos.

El grupo facilitador está formado por:

- Jefe de Servicio, coordinador o responsable médico en la Unidad (facilitadores internos).
- Supervisores y/o enfermeros gestores de cuidados de la Unidad (facilitadores internos).
- Supervisora de cuidados de la UGC de cuidados paliativos y HaD (facilitadores externos).
- Enfermero consultor de heridas (facilitadores externos).

Las estrategias de facilitación irán orientadas a:

- Promover un incremento de pacientes con criterio de HaD.
- Identificar subpoblaciones con heridas más frecuentes en la Unidad: heridas por complicaciones de la cirugía con TPN, LPP de gran tamaño asociado a tratamiento antibiótico endovenoso u otras.
- Identificar e involucrar a los profesionales clave.
- Proporcionar liderazgo de apoyo formal e informal.

10.2.1. Definición de cambios.

El grupo facilitador se encargará de la monitorización de pacientes con heridas en su Unidad y cuáles cumplen criterios de inclusión generales y específicos para derivación a HaD.

Se realizarán:

- Recordatorios presenciales diarios por gestores de la Unidad o enfermera/os gestores de cuidados.
- Recordatorios presencial por enfermero consultor de heridas.
- Recordatorios WhatsApp de la Unidad.
- Recordatorios en reuniones diarias de alta frecuentación hospitalaria.

10.2.2 Evaluación de la implementación.

Se llevará a cabo mediante cortes de prevalencia con una periodicidad cuatrimestral, utilizando para el estudio una “hoja de recogida de datos de pacientes con heridas” y estableciéndose una evaluación comparativa o monitorización utilizando los siguientes indicadores de salud.

10.3 Indicadores

Nombre del indicador	Análisis de pacientes con heridas en régimen de HaD.
Justificación	Es necesario llevar a cabo un registro periódico del porcentaje de pacientes con heridas en régimen de HaD y que porcentaje supone sobre el total de pacientes en esta Unidad.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{Nº total de pacientes con heridas en HaD en un periodo}}{\text{Nº total de pacientes en HaD en ese periodo}} \times 100$
Explicación de términos	Pacientes con heridas se consideran las LPP, UEI (venosas, isquémicas o pie diabético), derivadas de la cirugía (HQ, SQD, PC) y otras (Hematoma, DAI, Q, IC y HA).
Población	Pacientes en régimen de HaD.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Monitorización (auditoría) interna con periodicidad cuatrimestral.
Responsable del seguimiento	- Supervisora de cuidados de la UGC de cuidados paliativos y HaD. - Enfermero consultor de heridas.

Nombre del indicador	Análisis de pacientes con heridas en régimen de HaD.
Justificación	Pacientes con heridas son un problema de salud en nuestro hospital. Su exploración permite un conocimiento mejor del tipo de heridas más prevalentes en cada Unidad con la finalidad de satisfacer todas las necesidades y demandas, requisito imprescindible para elaborar un plan de cuidados integral.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{Nº total de pacientes con heridas durante el estudio}}{\text{Nº total de pacientes de la Unidad}} \times 100$
Explicación de términos	Pacientes con heridas se consideran las LPP, UEI (venosas, isquémicas o pie diabético), derivadas de la cirugía (HQ, SQD, PC) y otras (Hematoma, DAI, Q, IC y HA).
Población	Pacientes ingresados en las Unidades de hospitalización convencional (excluyendo Psiquiatría).
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Monitorización puntual (corte) cada cuatro meses mediante hoja de recogida de datos de pacientes con heridas.
Responsable del seguimiento	- Supervisora de cuidados de la UGC de cuidados paliativos y HaD. - Enfermero consultor de heridas.

Nombre del indicador	Cuidados de las heridas (uso de TPN).
Justificación	Dentro del tratamiento local de heridas asociadas a complicaciones de la cirugía, es una necesidad llevar a cabo un registro y seguimiento de las TPN en esta subpoblación de pacientes.
Fórmula / Formato	$\frac{\text{Nº total de pacientes con TPN por complicación de la cirugía durante el estudio}}{\text{Nº total pacientes con complicaciones de la cirugía}} \times 100$
Explicación de términos	Pacientes con heridas asociadas a complicaciones de la cirugía, se consideran: SQD y PC. Denominamos Terapia de Presión Negativa (TPN) a las Terapia VAC / Renasys Foam / PICO / AVELLE.
Población	Pacientes ingresados en las Unidades de hospitalización convencional (excluyendo Psiquiatría).
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Monitorización puntual (corte) cada cuatro meses mediante hoja de recogida de datos de pacientes con heridas.
Responsable del seguimiento	- Supervisora de cuidados de la UGC de cuidados paliativos y HaD. - Enfermero consultor de heridas.

11. Anexo

11.1 Circuito de coordinación para pacientes con heridas complejas AH-HaD-AP

AH

Pacientes adultos con heridas que cumplan criterios de inclusión, generales y específicos.



ORIGEN

Planta de hospitalización/Urgencias*/Consultas*

*Sería recomendable ingreso en Unidad de referencia al menos 24 horas.



MÉDICO REFERENTE/ENFERMERA REFERENTE

Valoración sistémica.
Valoración local.



HAD:

Enfermero consultor de heridas: 769 530
Supervisora de cuidados HaD: 690 558
Médico HaD: 607455/Interconsulta en Estación Clínica.

Plan terapéutico y cuidados.
Viabilidad de alta.

Informe Continuidad Cuidados.
Enfermera Gestora de Casos.
Provisión material fungible, acuerdo entre HaD y/o Unidad de origen.



ENFERMERA HAD/MÉDICO HAD

Visitas domiciliarias.
Seguimiento plan terapéutico.



Si complicaciones:
Derivación a unidad de origen.

Resolución de complejidad, alta precoz.
Transferencia a otro nivel asistencial:
Consultas externas.
Atención Primaria.

12. Bibliografía

1-Pajarón-Guerrero M, Fernández-Miera MF, Dueñas-Puebla JC, Cagigas-Fernández C, Allende-Macisidor I, Cristóbal-Poch L, Gómez-Fleitas M, Manzano-Peral MA, González-Fernández CR, Aguilera-Zubizarreta A, Sanroma-Mendizábal P. Early Discharge Programme on Hospital-at-Home Evaluation for Patients with Immediate Postoperative Course after Laparoscopic Colorectal Surgery. Eur Surg Res 2017; 58: 263–273.

2-González VJ, Mirón M, Estrada O, García ME. Usefulness of Hospital at Home in Nosocomial infections: advantages and limitations. Rev Esp Quimioter 2017; 30 (1): 61–65.

3-Hernández C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. Int J Integrated Care . 2018 ;18(2):12.

4-Sanroma P, Sampedro I, González C, Baños M. Hospitalización Domiciliaria, Recomendaciones Clínicas y Procedimientos. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla; 2012. p. 1151–55.

5-González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. Gerokomos. 2010;21(3):131–9.

6-Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú-Soriano J, San Miguel L, Mayan-Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos. 2007;18(4):201-10.

7-Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J, Torra i Bou JE. Impacto social y económico de las úlceras por presión. Alicante: Investigación Científica em Enfermagem; 2008.

8-Pérez L. Consultoría de heridas crónicas y agudas, dos años después. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, 2017.

9-World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus document. Surgical wound dehiscence: Improving preventional and outcomes. Wounds International; 2018.

10- Iheozor-Ejiofor Z, Newton K, Dumville JC, Costa ML, Norman G, Bruce J. Negative pressure wound therapy for open traumatic wounds. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD012522.

11- Othman D. Negative Pressure Wound Therapy Literature Review of Efficacy, Cost Effectiveness, and Impact on Patients' Quality of Life in Chronic Wound Management and Its Implementation in the United Kingdom. Plast Surg. 2012;2012:1-6.

12- Gonzalez, A.L., Marín Leon, I. Guías de Práctica Clínica. Conceptos básicos sobre su elaboración y utilización. 2ª Edición: Editorial Casitérides SL; 2007, p. 87-94.

