



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i4.176>

# Atención a pacientes con úlceras y heridas en un servicio de hospitalización a domicilio: Estudio retrospectivo

## Care for patients with ulcers and wounds in a home hospitalization service: a retrospective study

Ana María Torres-Corts<sup>1</sup>  0000-0003-2940-5485

Eulalia Villegas-Bruguera<sup>1</sup>

Joan Enric Torra-Bou<sup>2</sup>

Joan Blanco-Blanco<sup>2</sup>

1. Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona

2. Universitat de Lleida, Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Lleida

### Correspondencia/Correspondence

Ana Maria Torres Corts  
[anna.torres@sanitatintegral.org](mailto:anna.torres@sanitatintegral.org)

### Recibido/Received

21.09.2022

### Aceptado/Accepted

17.10.2022

### Conflicto de Intereses/Competing interest

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés.

### Financiación/Funding

Este trabajo no ha contado con financiación.

### Contribuciones de autoría/Author contributions

Todos los autores han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

---

### CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

---

Torres-Corts A, Villegas-Bruguera E, Torra-Bou JE, Blanco-Blanco J. Atención a pacientes con úlceras y heridas en un servicio de hospitalización a domicilio: Estudio retrospectivo. *Hosp Domic.* 2022;6(4):119-27.

---

## RESUMEN

**Introducción:** Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) atienden en sus domicilios a pacientes que precisan tratamientos de intensidad hospitalaria, que incluyen medicaciones endovenosas y cuidados de alta complejidad no asumibles por otro nivel asistencial.

**Objetivos:** Cuantificar y describir los pacientes con úlceras y heridas en la HAD del Hospital Dos de Mayo (HDM) de Barcelona durante de diez años.

**Método:** Estudio retrospectivo y análisis de los pacientes con heridas llevados por la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Dos de Mayo de Barcelona durante el periodo 2011-2020. Variables recogidas: número de pacientes; estancias media y totales; etiología (presión, vasculares, pie diabético, complicaciones de heridas quirúrgicas, lesiones traumáticas con o sin celulitis); pacientes con tratamiento endovenoso y destino al alta.

**Resultados:** 1111 pacientes (12% del total ingresaron por úlceras o heridas o complicaciones de las mismas, con una estancia media de 14 días de ingreso (rango 1-79), sumando un total de 16.254 estancias. Etiologías: 447 complicaciones de heridas quirúrgicas, 252 úlceras vasculares y 187 úlceras por presión, 95 heridas traumáticas, hematomas o picaduras con celulitis, 56 amputaciones con complicación o dehiscencia, 54 heridas en pie diabético sin intervención quirúrgica y 20 post operatorios sin complicación en la herida. El 92% de pacientes requirieron tratamiento endovenoso. El 2% de los pacientes precisó ingreso imprevisto por complicaciones.

**Conclusiones:** Las úlceras y heridas complejas con criterio de ingreso hospitalario son un motivo frecuente de atención en una HAD, con buenos resultados al alta.

**Palabras clave:** Heridas y Traumatismos; Úlcera; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital.

## ABSTRACT

**Introduction:** Hospital at Home Units (HAH) attend Patients than are hospitalized in their homes to receive intravenous treatments or complex wounds healing than cannot be done for another assistant level than hospital.

**Objectives:** Demonstrate that wounds and ulcers have been treated in Hospital at Home services of Hospital Dos de Mayo(HDM) in Barcelona and record what type of injuries have been treated last 10 years.

**Method:** Retrospective study and analysis of all the injuries taken by Home Hospitalization Unit of HDM in Barcelona during the period 2011-2020; variables collected: number of patients, average and total stays and types of wounds according to the following classification: pressure ulcers, vascular ulcers, diabetic foot, surgical wound complications, post-surgical intervention injuries without complications and traumatic injuries with or without cellulite; patients with intravenous treatment and destination at discharge

**Results:** The 12% of patients in HAH 1111(9327) were entered with a diagnosis related injuries or complications thereof, 14 average stay (1-79). They add up to a total of 16.254 stays. Classifications of wounds: 56 amputations with complication or dehiscence, 95 traumatic wounds and/or bruises with cellulitis, 447 complications of surgical injuries from trauma or general surgery, 54 diabetic foot wounds without surgical intervention, 20 post operative wounds without complications in the wound, 252 vascular ulcers and 187 pressure ulcers. The 8% don't take intravenous treatment and only 2% required unexpected admission due to complications.

**Conclusions:** Ulcers and complex wounds with criteria for hospital admission are a frequent reason for care in an HAD, with good results at discharge.

**Keywords:** Wounds and Injuries; Ulcer; Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based.

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) atienden de forma domiciliaria a pacientes que necesitan un abordaje terapéutico de intensidad hospitalaria, como alternativa a que permanezcan ingresados físicamente en el hospital. Los tratamientos y curas que han de recibir estos pacientes no permitirían ser dados de alta del hospital de no existir dichas unidades<sup>(1)</sup>.

La primera HAD se creó en EE. UU. en el año 1947. Actualmente están extendidas por todo el mundo de forma heterogénea. En España hay 125 unidades, que cubren el 75% del territorio. Múltiples publicaciones nacionales e internacionales avalan el éxito de las unidades en términos de resultados y satisfacción de los pacientes atendidos<sup>(2-5)</sup>.

El tratamiento de heridas y úlceras de diferentes etiologías consume una parte importante de los presupuestos sanitarios en todo el mundo. Se estima que 1,5-2 millones de personas sufren estas lesiones, agudas o crónicas, en Europa<sup>(6)</sup>, precisando en muchas ocasiones ingresos hospitalarios por complicaciones de las mismas, que condicionan más del 80% de los gastos totales atribuibles al manejo de estas patologías. Los pacientes que las padecen refieren consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de las lesiones y de los cuidados y tratamientos que necesitan.

Los pacientes con heridas o úlceras o complicaciones de las mismas requieren con frecuencia de curas complejas y tratamientos antibióticos prolongados, por lo que son pacientes con perfil de HAD. En los foros de enfermería y multidisciplinarios de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) se debaten frecuentemente temas relacionados con estas patologías, debido a la alta prevalencia de las mismas entre los pacientes atendidos en nuestras unidades, aunque se generan pocas publicaciones sobre el tema. Por ese motivo nos planteamos realizar una revisión sistemática de la literatura, para resolver las dudas acerca de la epidemiología de este perfil de patologías en las unidades o servicios de HAD, con especial atención en el tipo y grado de las lesiones más frecuentemente atendidas en el domicilio. Dicha revisión concluyó que no existe prácticamente ningún estudio publicado sobre este tema.

Por este motivo, y con el convencimiento basado en la experiencia y en las carteras de servicios de las HAD españolas, que evidencian que las úlceras y heridas complejas son motivo frecuente de atención en dichas unidades, se decidió llevar a cabo un estudio sobre los pacientes atendidos en una HAD urbana, para aportar una primera evidencia sobre el tema.

Para ello, se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en la HAD Dos de Maig (HAD-HDM) de Barcelona ciudad, que atiende a una población de más de 400.000 habitantes, da servicio a 3 hospitales, 16 Áreas Básicas de Salud y más de 70 centros residenciales geriátricos, por los diagnósticos de heridas o úlceras de diferentes etiologías con criterios de hospitalización. El objetivo era estudiar la etiología y tipo de lesiones, la complejidad del tratamiento que recibieron durante el ingreso, y los resultados al alta. Se asumió como éxito la curación o mejoría suficiente para poder dar el alta al paciente para seguimiento por atención primaria, atención sociosanitaria o su ingreso para otros procedimientos diferentes en el hospital y como fracaso el reingreso físico en el hospital debido a complicaciones en las heridas.

## MÉTODOS

### Pacientes

De entre todas las altas de la HAD-HDM durante un período de 10 años, se incluyeron todos los pacientes ingresados por los diagnósticos de úlceras o heridas o complicaciones derivadas de las mismas.

### Diseño y metodología

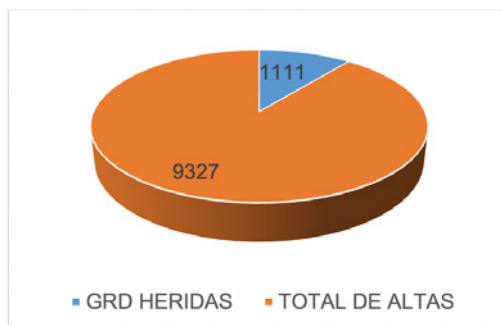
Estudio descriptivo retrospectivo de las úlceras y heridas que se han tratado en el servicio de HAD-HDM durante 10 años. Se tuvieron en cuenta las heridas o úlceras que conformaban, según GRD, el motivo principal o secundario de ingreso en HAD en el informe de alta hospitalaria.

De estos pacientes se analizaron las siguientes variables del registro Excel de altas de la Unidad: número de pacientes, edad y género; estancias totales y estancia media de los ingresos; número y etiología de las lesiones según la siguiente clasificación: úlceras por presión, úlceras vasculares, pie diabético, complicaciones de heridas quirúrgicas, lesiones post intervención quirúrgica sin complicación y lesiones traumáticas (hematomas o picaduras) con o sin celulitis asociada. Por último, destino al alta de la HAD: domicilio con Atención Primaria, reingreso en el hospital, derivación a atención a centro sociosanitario y éxitus.

La presente investigación forma parte del proyecto de una tesis doctoral cuyo protocolo de investigación fue aprobado por el CEIC del IDIBEL (PR241/20 (CSI 20/62). En todo momento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos en el transcurso de la misma, así como el rigor científico en su análisis. La dirección del centro autorizó la realización del estudio.

## RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2020 la HAD-HDM generó un total de 9327 altas hospitalarias por cualquier diagnóstico, de las cuales 1111 (un 12% del total) correspondieron a un diagnóstico principal de ingreso relacionado con presentar una o varias heridas o úlceras de cualquier etiología (figura 1).



**Figura 1.** Diagnóstico principal de ingreso relacionado con presentar una o varias heridas o úlceras de cualquier etiología

En todos los casos se cumplían criterios de complejidad hospitalaria, debido a la necesidad de tratamiento farmacológico hospitalario (antibióticos, vasodilatadores intravenosos como las prostaglandinas, analgesia compleja) y curas de las lesiones de rango hospitalario por complejidad y frecuencia.

La edad media de los pacientes fue de 73 años (rango 19-100 años). 557 eran mujeres (50% del total).

El número de heridas por paciente osciló entre 1 y 5, con un promedio de 2 por episodio de ingreso.

Estos ingresos generaron un total de 16.254 días de estancia hospitalaria, con un promedio de 14 días de ingreso en HAD por episodio (rango 1-79 días).

El total de estancias supuso un ahorro diario a los centros hospitalarios de 45 camas/día, que podían ser utilizadas para otros pacientes que precisaban permanecer físicamente en el hospital.

En relación a los tipos de lesiones, se clasificaron en: 447 complicaciones de heridas quirúrgicas provenientes de diferentes servicios quirúrgicos, principalmente Traumatología y Cirugía General y Digestiva; 252 úlceras vasculares, tanto venosas extensas, arteriales, microangiopáticas o mixtas; 187 úlceras por presión; 95 heridas traumáticas, hematomas o picaduras con celulitis; 56 casos de complicaciones post-amputación de extremidad o dehiscencia de sutura; 54 heridas en pie diabético sin intervención quirúrgica previa; 20 heridas de post-operatorios sin complicación en la herida (figura 2).

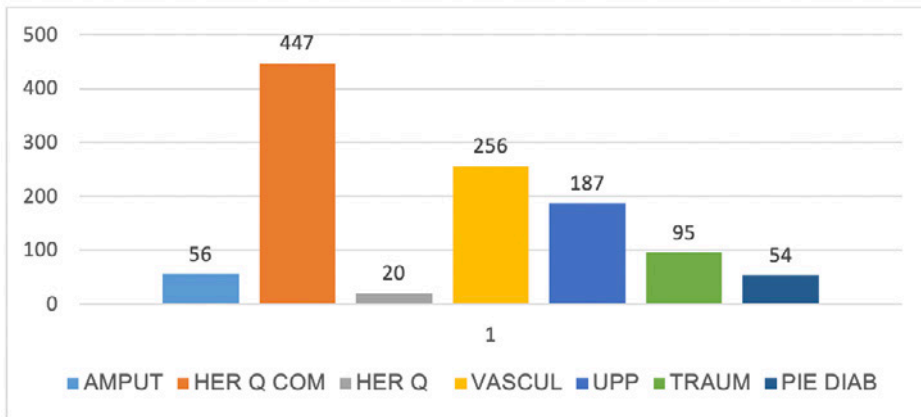
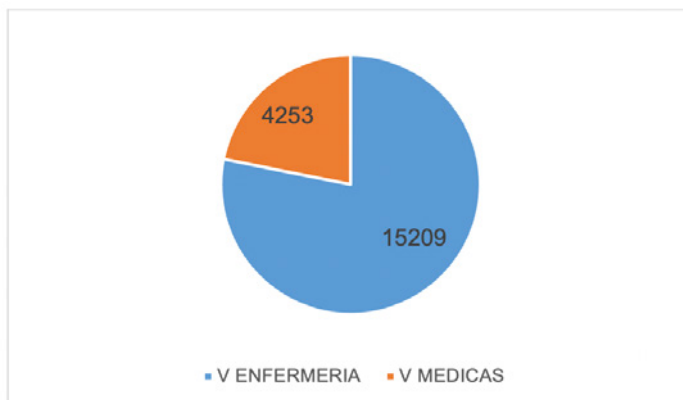


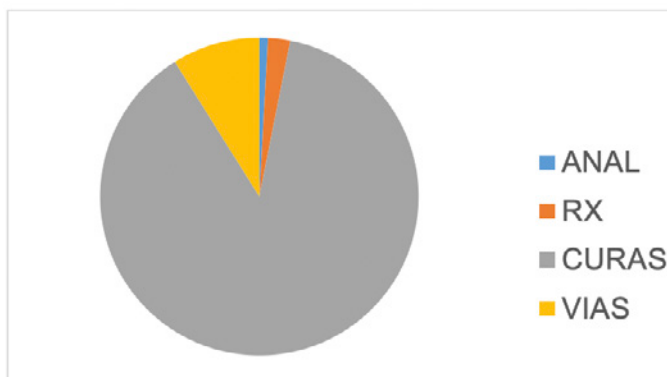
Figura 2. Tipo de lesiones

El cuidado de estas lesiones supuso un total de 15209 visitas de enfermería en el domicilio, con un promedio de 14 visitas por paciente (una por paciente y día de promedio), y 4253 visitas médicas, con un promedio de 4 visitas por episodio (figura 3). Se realizaron un total de 10504 curas en el domicilio, con un promedio de 9 curas por episodio de ingreso en HAD.



**Figura 3.** Visitas a domicilio

Se colocaron 1063 vías venosas en el domicilio, a través de las cuales se administraron un total de 21063 tratamientos parenterales, con un promedio de 19 dosis de tratamiento endovenoso por paciente, tal como se refleja en la figura 4. Tan sólo 95 pacientes (8'5% de las altas) no precisaron ningún tratamiento endovenoso durante el ingreso, ingresando en HAD por la complejidad de las curas únicamente.



**Figura 4.** Técnicas realizadas en el domicilio

Además de las ya realizadas en el momento de la derivación a la HAD, dentro del seguimiento evolutivo durante el ingreso en HAD se realizaron en el domicilio 1204 analíticas. 269 pacientes precisaron la derivación puntual al hospital para realización de pruebas de imagen: radiografías, RNM, TAC.

En cuanto al destino al alta, en 888 casos (80%) el alta se coordinó con Atención Primaria; 111 (10%) reingresaron de forma programada en el hospital, para nuevas intervenciones o procedimientos; 56 pacientes (5%) fueron trasladados a un centro sociosanitario para seguir tratamiento,

mayoritariamente por falta de soporte cuidador en el domicilio; 33 pacientes (3%) fallecieron en el domicilio por evolución tórpida de sus patologías, en todos los casos de forma prevista y con manejo sintomático del confort; 23 pacientes (2%) precisaron reingreso inesperado en el hospital, por complicaciones relacionadas o no con el diagnóstico del ingreso (figura 5).

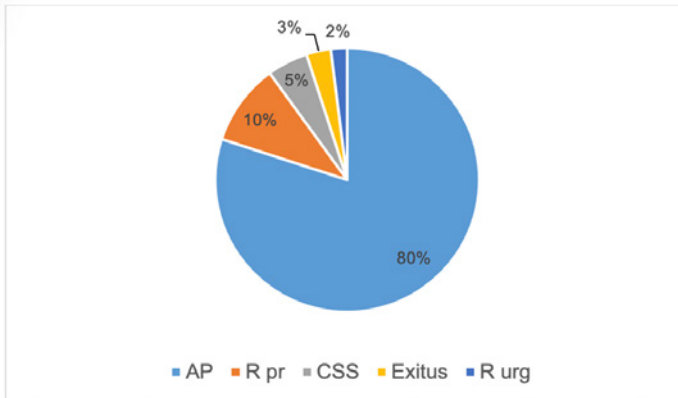


Figura 5. Destino al alta

## DISCUSIÓN

Las unidades y servicios de HAD se distribuyen por buena parte del territorio español atendiendo a pacientes complejos en su domicilio. Los criterios generales de inclusión en estas unidades son: perfil clínico con necesidad de ingreso hospitalario, aceptación del paciente y familia, domicilio en zona de cobertura, y estabilidad clínica que excluya la necesidad de monitorización intensiva.

La distribución territorial de las HAD en España es muy heterogénea, y la importancia como recurso en cada zona y el porcentaje de altas sobre el total de las altas hospitalarias dependen de múltiples factores como: la comunidad autónoma a la que pertenecen (en algunas desde la década de los 90 del pasado siglo se han potenciado como recurso de primer orden, en algunas otras no se han potenciado en absoluto), el desarrollo de recursos territoriales domiciliarios no hospitalarios (existencia o no de Unidades de Heridas Complejas, de Cirugía Mayor Ambulatoria), los circuitos de continuidad asistencial entre diferentes niveles de atención (existencia de enfermeras/os gestoras de casos ambulatorios, de referentes territoriales para la atención de la cronicidad, de circuitos de seguimiento de pacientes crónicos complejos), e incluso la dimensión y perfil de las propias HAD, ya que existe una gran variabilidad en recursos humanos y técnicos entre unidades, con carteras de servicios de diferente complejidad entre territorios<sup>(7)</sup>. Por ejemplo, aunque en Catalunya están operativas diferentes unidades HAD desde hace veinte años, no fue hasta junio de 2020 que el CatSalut incluyó dentro de su cartera de servicios el modelo asistencial de HAD<sup>(8)</sup>.

A pesar de no existir aún una cartera de servicios unificada a nivel nacional para este recurso hospitalario, en general todas las HAD atienden pacientes afectos de úlceras o heridas que precisan un abordaje complejo, sólo asumible por un equipo con formación y capacidad hospitalarias. Ahora bien, el perfil de tratamientos y curas son variables según la unidad, por lo que no todas pueden asumir pacientes con doble y triple terapia antibiótica endovenosa en combinación con otros

fármacos parenterales como diuréticos, vasodilatadores o analgesia, transfusiones de hemoderivados y curas complejas que incluyan drenajes, desbridamientos cortantes y terapias de presión negativa. El servicio de HAD-HDM pertenece a este perfil de alta complejidad, formado actualmente por seis médicos y 14 enfermeras. Durante los 10 años abarcados en el estudio actual el servicio ha dado más de 6800 altas. Los diagnósticos relacionados con úlceras y heridas complejas han representado el 16% de la actividad total.

Sin duda la heterogeneidad entre las HAD ha influido negativamente a la hora de establecer registros nacionales que permitan analizar la evolución y resultados de los pacientes atendidos por úlceras y heridas complicadas. Aunque existen en la actualidad algunos registros sobre determinadas actividades de las HAD españolas (registro TADE de antibioterapia endovenosa en domicilio, registro TRANSDOM de transfusiones), actualmente no existe ninguno sobre el perfil de patologías que nos ocupan.

Por este motivo nuestro trabajo puede considerarse un primer análisis de la actividad de una unidad HADO de alta complejidad para el tratamiento de estas patologías. Todos nuestros pacientes cumplían criterio de ingreso hospitalario, al precisar tratamientos endovenosos y /o curas no asumibles por los equipos de atención domiciliar territorial, que debido a las limitaciones sus recursos humanos y técnicos no pueden realizar tratamientos parenterales, vigilancia, cura y seguimiento diarios de los pacientes. Nuestros resultados evidencian que los pacientes pueden ser atendidos en su domicilio eficientemente, con buenos resultados al alta, ya que sólo el 2% de los casos presentaron una mala evolución que obligó al reingreso en el hospital. Los fallecimientos se debieron a la progresión de la pluripatología que padecían los pacientes, y en todos los casos de pacientes paliativos se consensuó con la familia y el paciente la línea terapéutica a seguir, optimizando el manejo terapéutico de confort cuando se hizo necesario.

Por otra parte, el motivo de la derivación a centro sociosanitario fue en el 100% de los casos la falta de cuidador o situación higiénica del domicilio, pero la evolución clínica de la patología que atendía la HAD era correcta y con tendencia a la mejoría.

En un contexto sanitario de crisis económica global, la liberación de camas hospitalarias (4'5/día de promedio) que representa la actividad de nuestra HAD en estos pacientes es una contribución inquestionable en la optimización de las listas de espera de ingreso, tanto médica como quirúrgica. Si añadimos a estos datos los cálculos semejantes para otras patologías como reagudizaciones de EPOC, infecciones agudas, descompensaciones de insuficiencia cardiaca... puede sin duda concluirse que la aportación de las HAD en la optimización global de los recursos sanitarios resulta ya insustituible para el Sistema Nacional de Salud.

Nuestro estudio tiene una clara limitación, al ser retrospectivo. Además, al no existir publicaciones similares sobre el tema, no podemos establecer comparación en los resultados ni concluir rangos de eficacia y eficiencia; ni entre diferentes unidades de HAD ni entre HAD y hospitalización convencional. En todo caso, nuestro estudio es un primer paso para ayudar a establecer protocolos y procedimientos de trabajo consensuados, que aporten la máxima seguridad a nuestros pacientes atendidos en su domicilio y aporta información objetiva acerca del impacto del cuidado de heridas en unidades de HAD.

## CONCLUSIONES

A la luz de nuestros resultados, muchos pacientes con úlceras y heridas complejas con criterio de ingreso hospitalario pueden ser atendidos en su domicilio por las unidades de HAD.



Son necesarios más estudios de eficiencia, eficacia y satisfacción de los consultores y pacientes, tanto de unidades de HAD como de grupos multicéntricos de estudio, que permitan mejorar los circuitos y protocolos para la atención de estas patologías en el domicilio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanroma P, Sampedro I, González CR, Baños MT. Hospitalización domiciliaria: Recomendaciones clínicas y procedimientos. Santander, España: Fundación Marqués de Valdecilla; 2011.
2. González-Ramallo VJ, Mirón-Rubio M, Mujal A, Estrada O, Forné C, Aragón B, et al. Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain. *Int J Antimicrob Agents*. 2017;50(1):114-8. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2017.02.017
3. Durojaiye OC, Bell H, Andrews D, Ntziora F, Cartwright K. Clinical efficacy, cost analysis and patient acceptability of outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT): a decade of Sheffield (UK) OPAT service. *Int J Antimicrob Agents*. 2018;51(1):26-32. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2017.03.016
4. Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of hospital at home in patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129282. DOI: 10.1371/journal.pone.0129282
5. Mendoza Ruiz de Zuazu H, Gómez Rodríguez de Mendarozqueta M, Regalado de Los Cobos J, Altuna Basurto E, Marcaide Ruiz de Apodaca MA, Aizpuru Barandiarán F, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hospitalización a domicilio. Estudio de 522 casos. *Rev Clin Esp*. 2007;207(7):331-6. DOI: 10.1157/13107944
6. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J*. 2016;13 Suppl 2(Suppl 2):5-15. DOI: 10.1111/iwj.12623
7. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic*. 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
8. Casanovas-Guitart C, Hernández Carcereny C, Villegas Bruguera EB, Aloy Punzano J, Ricart Conesa A, Guarga Rojas A, coordinadors. Model Assistencial de la Hospitalització a Domicili a Catalunya: Alternativa a l'hospitalització convencional [Internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2020 [Accés 20-09-2022]. Disponible a: <https://bit.ly/3QZmDSS>
9. OPAT: outpatient parenteral antimicrobial therapy. *JAC Antimicrob Resist*. 2020(3):dlaa054. DOI: 10.1093/jacamr/dlaa054