

CENTROS EXTERNOS AL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR – SAN CARLOS

SOLICITUD OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – 2022 (*)

Paciente: _____ NUHSA/ID _____

FEA Responsable: _____ Teléfono de contacto _____

Servicio/UGC _____ Centro: _____

Marcar si se trata de la primera indicación o de la prolongación del tratamiento:

<input type="checkbox"/>	Primera Indicación	<input type="checkbox"/>	Prolongación del Tratamiento (Ver nota 3)
--------------------------	--------------------	--------------------------	---

Señalar la indicación para la que se solicita la Oxigenoterapia Hiperbárica

INDICACIONES PREFERENTES	
<input type="checkbox"/>	Embolismo gaseoso
<input type="checkbox"/>	Enfermedad por descompresión
<input type="checkbox"/>	Síndrome de hiperpresión intratorácica del buceador
<input type="checkbox"/>	Intoxicación aguda por monóxido de carbono
<input type="checkbox"/>	Mionecrosis clostridial - gangrena gaseosa

INDICACIONES COMPLEMENTARIAS A OTROS TRATAMIENTOS	
<input type="checkbox"/>	Oclusión arterial retiniana
<input type="checkbox"/>	Encefalopatía tras intoxicación por monóxido de carbono tardía (Ver nota 1)
<input type="checkbox"/>	Úlceras en pacientes con diabetes (Ver nota 2)
<input type="checkbox"/>	Necrosis de la cabeza femoral
<input type="checkbox"/>	Hipoacusia súbita
<input type="checkbox"/>	Infecciones de partes blandas necrosantes no clostridiales
<input type="checkbox"/>	Lesiones necróticas en arteriopatías periféricas de extremidades que no curan con recursos terapéuticos habituales
<input type="checkbox"/>	Úlceras no diabéticas arteriales
<input type="checkbox"/>	Grandes traumatismos de partes blandas con isquemia (síndromes de aplastamiento y compartimentales).
<input type="checkbox"/>	Lesiones radioinducidas de hueso, partes blandas y mucosas que causan necrosis tisular.
<input type="checkbox"/>	Edema cerebral secundario a radionecrosis.
<input type="checkbox"/>	Cistitis hemorrágica y rádica

La solicitud de tratamiento inicial irá siempre acompañada de **INFORME JUSTIFICATIVO de FEA Responsable** del paciente que indique:

- Necesidad de tratamiento
- Tratamiento estándar realizado
- Visto bueno FIRMADO DE:
 - Director de la UGC/ Jefe de Servicio
 - Dirección Gerencia (o cargo directivo delegado)

NOTAS:

En caso de:

- (1) **Encefalopatía tras intoxicación por monóxido de carbono tardía:** informe en el que se indique la mejoría esperada
- (2) **Úlceras en pacientes con diabetes:**
 - o haber llevado a cabo los tratamientos médico, tópico, quirúrgico y endovascular habituales y
 - o **siempre que el especialista en angiología y cirugía vascular establezca**
 - que no existen otras opciones terapéuticas y
 - que tras realizar las exploraciones hemodinámicas/vasculares adecuadas considere que tiene una perfusión aceptable,
 - no está indicada la amputación, y
 - es susceptible de ser tratado con este procedimiento (úlceras grado II/III más B/C/D de la escala de la Universidad de Texas)

Cuadro 1.- Clasificación de las lesiones en el pie diabético. Escala Universidad de Texas.

	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
ESTADIO A	Lesiones pre o periúlcerosas. Completamente epitelizadas.	Herida superficial, no afecta a tendón, capsula o hueso.	Herida que afecta a tendón o capsula.	Herida que penetra en hueso o articulación.
ESTADIO B	Infectada.	Infectada.	Infectada.	Infectada.
ESTADIO C	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.
ESTADIO D	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.

Fuente: Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. Diabetes Care. 1998 May;21(5):855-9.

(3) **Prolongación del tratamiento:**

Cuando se solicita prolongar el tratamiento se requiere un **informe complementario** del facultativo/a responsable del paciente (con el visto bueno firmado por el Director/a de la Unidad de Gestión Clínica correspondiente y la Dirección Gerencia del hospital o cargo directivo en quién se delegue) que justifique la necesidad de continuar el tratamiento propuesto; este informe debe partir de la valoración comparativa de las situaciones clínicas del paciente al inicio de la terapia y en la actualidad (gravedad y extensión de las lesiones) y del pronóstico del proceso tanto a corto como a medio plazo.

Firma de FEA Responsable del paciente	Firma Director de UGC / Jefe de Servicio	Firma Dirección Gerencia (o cargo directivo delegado) CENTROS EXTERNOS

ENVIAR LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EMAIL A: gestoria.hpm.sspa@juntadeandalucia.es

Validación por SAC:	<input type="checkbox"/>	Cumple criterios	<input type="checkbox"/>	NO cumple criterios
---------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------

(*) Actualización de Indicaciones disponible en: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2022/actualizacion_indicaciones_ohb_sspa_2022.pdf