

Aplicación de una hoja de derivación de trabajo social, desde una unidad sociosanitaria del sector de Reus, para mejorar la asistencia de la población geriátrica dependiente*

Rosalía Solé¹

Elena Garzón Seto²

Pilar García Peña¹

Mónica Anguela³

Patricia Ricart⁵

Gisela Castells⁴

Anna Cortiella¹

Gabriel De Febrer¹

¹Unitat de Convalescència i Cures Pal·liatives de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus

²Residencial Monterols-Grupo Pedro Mata

³Area Básica de Salud (ABS) Reus I

⁴Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES) Reus

⁵ABS Reus V

Correspondencia:

Rosalía Solé Fortuny

Gabriel de Febrer Martínez

Unitat de Convalescència

i Cures Pal·liatives

Hospital Universitari San

Joan de Reus

St. Joan s/n

43201 Reus

E-mail:

rsoler@grupsagessa.com

gdefebrer@grupsagessa.com

Resumen

El objetivo de este trabajo es mostrar el proceso de creación de una hoja de derivación de trabajo social desde un centro sociosanitario a las Áreas Básicas de salud para asegurar la continuidad asistencial de la población geriátrica, su puesta en marcha y estudiar los resultados obtenidos en su aplicación inicial.

El método utilizado para la elaboración de la hoja ha sido la realización de reuniones multicéntricas en las que estaban representados todos los agentes implicados en el continuum asistencial.

La puesta en marcha de la hoja piloto comenzó en septiembre del 2001 hasta final de año, tiempo en el que se enviaron un total de 62 hojas.

Tanto la hoja como el proceso utilizado se han mostrado como un instrumento de gran utilidad para mejorar la derivación de los pacientes ingresados en la Unidad de Convalecencia y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Juan de Reus a sus centros de Atención Primaria de referencia. Existe un alto grado de satisfacción por parte de los trabajadores sociales que reciben este documento.

A modo de conclusión, se puede afirmar que contribuye a lograr una mejora en la continuidad de cuidados en el domicilio después de un ingreso en un centro sociosanitario.

Palabras clave: Derivación. Trabajo social. Atención primaria. Continuidad asistencial en Geriátrica. Anciano.

Summary

The main object of this essay is to show the establishment of a social work referral sheet from a geriatric unit to primary care to make sure that a continuing assistance is provided to the geriatric population, the starting of its application and, to study the initial results obtained using it. The method used to elaborate the referral sheet has been through several meetings where all the agents involved in the continuing assistance were represented.

The initial application of the sheet took place from September 2001 to the end of the year; within this period of time 62 referrals were sent.

*Comunicación ganadora del premio al mejor póster del "11è Congrés de la Societat Catalanoiblear de Geriatria i Gerontologia". Tarragona 3-5 oct. 2002

Both the sheet and the process used were considered to be very useful in improving the referral of the in patients from the Unitat de Convalescència i Cures Pal·liatives de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus to the community. The social workers that received the sheet expressed their highly satisfactory approval. As a conclusion, it can be said that it contributes to improve the continuing assistance of the in patients in the community after having been in a geriatric unit.

Key words: Referral. Social work. Primary care. Continuing care in Geriatric Medicine. Aged. Elderly.

Introducción

El trabajo social en el ámbito sanitario, ya sea en el hospital ó bien en centros sociosanitarios, se basa en una intervención puntual y temporal como consecuencia de la aparición o presencia de enfermedades¹. Esta intervención se ve reforzada y potenciada si una vez el paciente dado de alta a su domicilio puede contar con la valoración y el seguimiento del profesional de Trabajo Social. En especial, si éste también forma parte de la red sanitaria.

La labor diaria con el paciente geriátrico, con sus familiares y con los profesionales de los diferentes equipos sanitarios y sociales pone de manifiesto problemáticas y necesidades que han de ser reconducidas satisfactoriamente con el fin de asegurar la máxima calidad de vida de la persona de edad que enfermó y de su entorno^{2,3}.

Por tanto, es de vital importancia estructurar y sistematizar líneas de trabajo que aseguren un correcto proceso de derivación y transmisión de información desde los servicios sanitarios hacia la comunidad a la que pertenece el paciente.

La derivación es un proceso habitual utilizado en el campo del trabajo social, es más, se trata de uno de los elementos primordiales de nuestro trabajo⁴.

Durante el ingreso en un centro sociosanitario es común que el profesional del trabajo social contacte con su homólogo de atención primaria social o sanitaria para realizar el seguimiento de los casos y solicitar cuando sea oportuno los recursos que se consideren adecuados. Pero este procedimiento acostumbra a tener un carácter informal y está desprovisto de un soporte documental. En muchas ocasiones la derivación se lleva a cabo de forma telefónica sin que quede más constancia de éste trámite que las anotaciones del profesional en la hoja de seguimiento del caso.

Tradicionalmente en la zona de Reus, en el momento del alta de nuestra Unidad Sociosanitaria, se contactaba con el trabajador social de atención primaria social en aquellos casos en los cuales se consideraba adecuado, con el fin de que éstos realizaran el seguimiento y/o valoración oportunos así como asignar recursos pendientes.

Con la incorporación de los trabajadores sociales sanitarios a las ABS de la zona de Reus se amplían y diversifican las posibilidades de seguimiento de los pacientes en la comunidad, dado que poseen un conocimiento más específico de las necesidades y temas relacionados con la salud⁵.

De la misma forma, al alta los mecanismos que han sido utilizados hasta el momento con el fin de informar de la actividad realizada durante el ingreso dejan un vacío en el ámbito social. Los mecanismos en vigencia son el informe de alta interdisciplinar para el médico de familia y la coordinación con el equipo de enfermería del ABS, que excluyen la transmisión de la información clave del profesional de éste ámbito.

La reflexión que se nos planteó fue qué profesional de la red asistencial debería ser receptor de la derivación y qué base documental sería la más indicada.

Frente a esta realidad cambiante y que ofrece nuevas posibilidades nace la necesidad entre las diferentes partes implicadas en la red sociosanitaria de crear un nuevo modelo consensuado que normalice y sistematice de manera eficaz la derivación de casos y de información social al profesional adecuado.

Material y métodos

Con el objetivo de mejorar la calidad del proceso de derivación y con la intención de incluir a todos los agentes implicados se constituyó un grupo de traba-

jo formado por los trabajadores sociales de la Unidad de Convalecència y Cures Pal·liatives del Hospital Universitario San Joan (UCCP), las diferentes ABS (Zonas I,II,III,IV y V) y también se creyó necesario incluir al PADES como recurso sociosanitario de la zona.

En una *primera fase* se pretendía dar a conocer nuestra iniciativa y valorar su viabilidad y grado de interés, además de consensuar conceptos y establecer una continuidad en el grupo para diseñar tanto el proceso como la documentación a utilizar.

La propuesta fue bien acogida lo cual dio paso a establecer sesiones de trabajo donde se acordaron y elaboraron los aspectos metodológicos de la HOJA DE DERIVACION (HD).

Los *objetivos* a conseguir con la aplicación de este documento son:

- Asegurar la transmisión adecuada de la información en el momento del alta.
- Potenciar la coordinación de los profesionales del trabajo social
- Facilitar el seguimiento del paciente en el domicilio
- Sistematizar el proceso de derivación
- Posibilitar la normalización de la información para poder realizar estudios en un futuro.

La *información* que debía recoger el documento es:

- Datos de identificación del paciente
- Datos de identificación del familiar de referencia
- ABS de referencia y médico de atención primaria
- Identificación del profesional que realiza la derivación
- Implicación del paciente y de la familia en el proceso terapéutico, de acuerdo a la información que conocen y a la actitud mostrada durante el ingreso
- Actuación del trabajador social

Llegados a este punto del proceso se dio paso al diseño del soporte documental y material de la HD (Anexo 1), habiendo unificado conceptos y con el consenso de los diferentes profesionales.

¿En qué casos sería adecuado utilizar este proceso de derivación?

Siempre que el paciente fuese dado de alta a su domicilio. Son excluidos aquellos casos en los que el

destino es una institución: un hospital de agudos, un centro de larga estancia o una residencia.

¿Cuándo se debería enviar la hoja de derivación?

Se valoró que el momento más oportuno sería unos días previos al alta o en su defecto el mismo día en que se efectuase. Esto no iría en detrimento del trabajo habitual que se realiza durante el ingreso, manteniéndose en todo momento el contacto telefónico y los sistemas de coordinación adecuados en cada caso con los profesionales de referencia.

¿A quién enviarlo?

Era evidente que el destinatario de la hoja de derivación era el trabajador social del ABS de referencia. Surgió el inconveniente de que en un número elevado de ABS de influencia de nuestro hospital en la periferia de Reus continuaban sin contar con un profesional del trabajo social exclusivo para este servicio. En este caso se valoró que la HD se enviaría igualmente al profesional de atención primaria social, que en ocasiones estaba involucrado con el ABS. Por otro lado, se acordó que la HD se remitiría al PADES cuando el paciente presentara enfermedad terminal, enfermedad crónica muy avanzada, encamamiento y/o alta complejidad en el manejo de sus patologías⁶.

Finalizada la primera fase del proceso, quedando establecidos objetivos y metodología, sólo nos faltaba poner el sistema en funcionamiento para valorar si las expectativas puestas en el documento se cumplían, si el proceso era el adecuado, la información la correcta y, en definitiva, si los profesionales nos habíamos puesto realmente de acuerdo.

En una *segunda fase* realizamos la aplicación y valoración de los resultados obtenidos.

Para comenzar a utilizar la HD acordamos un tiempo de prueba de septiembre a Diciembre de 2001 (ambos incluidos). En este periodo se llevaría a cabo una primera evaluación de su operatividad para realizar posteriormente los cambios y variaciones que se consideraran oportunos.

Lo que realmente nos interesaba valorar era:

- La aplicación real: el grado de cumplimentación de la HD en el momento del alta
- Perfil del usuario en el que se ha utilizado este documento

- Posibles vacíos de información o metodológicos que no se contemplaran durante el proceso de elaboración de la HD
- Aceptación real por parte del profesional receptor

Partiendo de estas premisas el método utilizado para valorar la funcionalidad de la hoja fue un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta en la UCCP al domicilio desde del inicio de la aplicación de la hoja hasta diciembre del 2001.

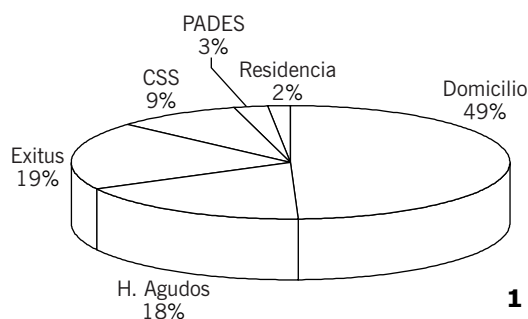
Resultados

En este periodo se realizaron 119 altas en la UCCP tanto de enfermos en concepto de convalecencia y de cuidados paliativos. El 52% de los pacientes fueron dados de alta a la comunidad (domicilio y PADES), contando su totalidad con una derivación multidisciplinar completa a los profesionales de atención primaria para facilitar así la continuidad en el cuidado. Se realizaron un total de 62 HD, lo que supone una implementación del 100% de los casos dados de alta a domicilio en la primera fase de aplicación (Figura 1).

Existe, al analizar el perfil del paciente en el que se había utilizado la HD, un ligero predominio del sexo femenino tal y como nos muestran los resultados de la Figura 2. En cuanto a la edad, se observa en los datos reflejados en la Figura 3 que el grupo de edad predominante es el de 75 a 85 años, lo cual representa el 54,8% de los pacientes dados de alta al domicilio durante el periodo de prueba.

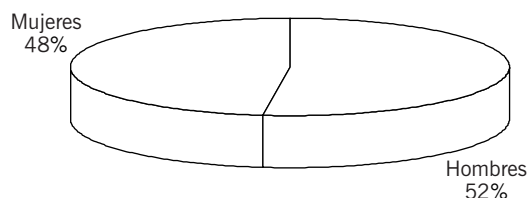
Como se muestra en la Figura 4 el 79% de los pacientes contaban con un alto grado de implicación familiar. Los recursos de soporte utilizados más habitualmente son los servicios de ayuda a domicilio, particularmente los privados ya que para acceder al nivel público se precisan unos requisitos más estrictos. También señalar que no se pudo incluir en la tabla pero en 5 casos, además del servicio de ayuda a domicilio se tramitó un servicio de teleasistencia. Observamos que el 41,3% de los pacientes contaban en el momento del alta con un recurso formal y el resto exclusivamente con su familia, que no consideraba adecuada o necesaria una ayuda externa.

El análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de la HD nos muestra que, de forma importante, los receptores de ésta fueron los trabajadores sociales de las ABS. Se confirma que aún hay un



1

CSS: Centro sociosanitario; H. Agudos: hospital de agudos



2

número importante de áreas básicas de salud que no disponen hoy en día de este profesional y que, por tanto, la derivación se ha de realizar hacia el compañero de atención primaria social. Otro dato que cabe destacar es que sólo un número muy limitado de pacientes fueron derivados al PADES (Figura 5).

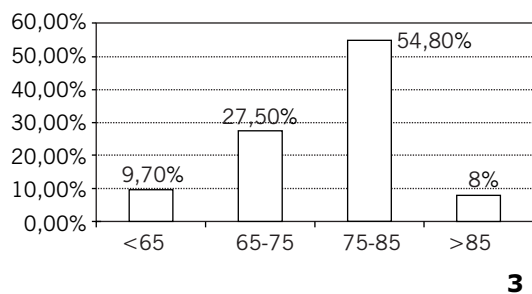
Finalmente, otro objetivo a valorar no menos importante, era la satisfacción y aceptación por parte del profesional receptor. Para llevar a cabo esta evaluación utilizamos la información recogida diariamente con los contactos habituales entre profesionales y, una sesión de trabajo con todo el personal implicado en el proceso.

El grado de aceptación del documento fue alto.

Discusión

Los resultados obtenidos demuestran que ha sido posible elaborar un documento único y consensado entre los diferentes agentes de la red sociosanitaria y que éste se muestra como un instrumento útil y adecuado para llevar a cabo la derivación de los pacientes geriátricos desde un centro sociosanitario a la comunidad.

La continuidad asistencial se muestra más eficiente en los casos en los que existe un trabajador social en las ABS y PADES, dado que es el profesional con el

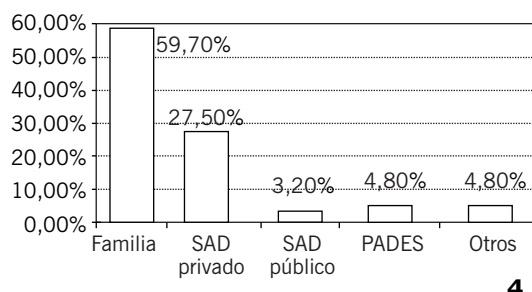


3

Figura 1. Destino al alta de los pacientes ingresados en la UCCP

Figura 2. Distribución por sexos

Figura 3. Distribución por edad de los pacientes referidos con la HD

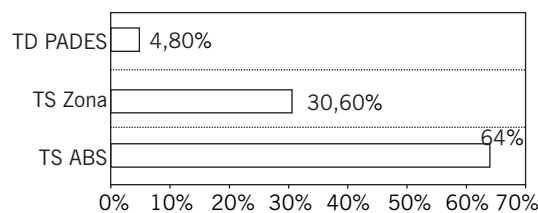


4

Figura 4. Recursos sociales utilizados como soporte en el domicilio

Figura 5. Destino de la HD

SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)



5

TS (Trabajador social)

que se ha consensado el proceso (HD) y que dispone de una dedicación más específica hacia los individuos que presentan dificultades relacionadas con los temas de la salud. Consideramos que la participación de los agentes receptores ha sido un punto clave que ha asegurado la colaboración y la aceptación por parte de estos de la HD. Su participación ha permitido principalmente que la hoja respondiera a una visión global y multicéntrica y que tuviera, en definitiva, un potencial real de ser útil.

Se deduce de este razonamiento que sería beneficioso para la mejora en la implementación y futura evolución de la HD realizar un trabajo específico de sensibilización y consenso con los trabajadores sociales de atención primaria. Pensamos que con esta estrategia se podría asegurar un mayor grado de seguimiento de los pacientes en el domicilio y una mejor continuidad asistencial, objetivos principales de nuestro proyecto.

Anexo 1.

Ficha derivación ABS		
– Apellidos y nombre: – Dirección: – Teléfono: – Fecha de alta:		DNI: NASS: CIP:
– Persona de referencia – Teléfono de contacto:		Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Vecinos/ Conocidos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
– Médico de cabecera: – Área:		Centro de procedencia: Profesional:
Implicación		
	Individuo	Familia
– Información	<input type="checkbox"/> Conocimiento <input type="checkbox"/> Desconocimiento	<input type="checkbox"/> Conocimiento <input type="checkbox"/> Desconocimiento
– Actitud	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Aceptación <input type="checkbox"/> Desinterés <input type="checkbox"/> Colaboración <input type="checkbox"/> Exageración de síntomas <input type="checkbox"/> Rechazo	<input type="checkbox"/> Negación <input type="checkbox"/> Aceptación <input type="checkbox"/> Desinterés <input type="checkbox"/> Colaboración <input type="checkbox"/> Exageración de síntomas <input type="checkbox"/> Rechazo <input type="checkbox"/> Negligencia
– Diagnóstico social: – Demanda: – Recurso:		Actuaciones trabajo social: <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Información/orientación/asesoramiento <input type="checkbox"/> Derivación <input type="checkbox"/> Soporte

Otro ejemplo claro de su aceptación es que la HD se presentó al conjunto de trabajadores sociales del Grupo SAGESA, que mostraron un alto interés en poder aplicar este proceso de derivación desde los diferentes servicios. Además, de aquí surge la idea de hacerlo extensivo a un ámbito más amplio y se propone su presentación en el Grupo de Trabajadores Sociales de Tarragona, que acordó crear un grupo de trabajo para redefinir la HD y poderla aplicar así a las necesidades particulares de los diferentes servicios y equipos que actúan en la Región Sanitaria de Tarragona y la Región Sanitaria de Tortosa.

Dados los resultados de nuestro estudio y como era de esperar, la familia tiene un papel muy importante

en el proceso terapéutico del paciente y, por tanto, no se debería olvidar su valor. En nuestra sociedad la familia continúa siendo un recurso en sí misma. Los familiares asumen el cuidado y la atención que precisa el paciente, además de velar para que la calidad de vida de éste se mantenga. Esto hace posible en muchos casos el retorno al domicilio del paciente, evitándose así institucionalizaciones prematuras. En la valoración de la HD hubo una cuestión que los resultados pusieron de manifiesto: el bajo número de HD enviados al equipo PADES. Con las sesiones de seguimiento se estuvo de acuerdo en que éste había sido uno de los puntos débiles de la aplicación y que era necesario revisar los pacientes subsidiarios de recibir el seguimiento por parte de este equipo.

Con el uso a diario de la hoja se evidenció algunos vacíos en la información que se consideraron importantes para facilitar el conocimiento previo del caso antes de realizar el seguimiento en los domicilios. Parece evidente que para mejorar su efectividad es preciso ampliar o variar algunos aspectos de la información que se recoge en la HD. Es por esta razón por la que se han realizado sesiones de trabajo para concretar con el creciente número de agentes interesados modificaciones a realizar para que la HD se adapte cada vez más a las necesidades de los profesionales y a una realidad cambiante.

Profundizando en aspectos más prácticos, resaltar que el tiempo que se requiere para rellenar la HD no es elevado. Para disminuir aún más el tiempo empleado en su cumplimentación se está trabajando en la posibilidad de darle un soporte informático. Una ventaja indirecta que ha conllevado la utilización de la HD es que en algunas ocasiones ésta ha permitido obtener feedback de la evolución de los pacientes en la comunidad, aspecto que resulta interesante. Permite en primer lugar acceder a información de cómo se desenvuelve el paciente en su domicilio y, por otra parte, ver la adecuación del trabajo realizado a las necesidades del paciente y sus familiares. Es decir, nos puede servir como un elemento de ayuda a la auto evaluación, no tan sólo como trabajadores sociales sino al conjunto del equipo interdisciplinar.

Por último, para optimizar el proceso y dotarlo de más calidad se podría establecer una metodología a seguir una vez el profesional receptor tiene en sus

manos la HD. Hasta el momento nos hemos limitado a acordar qué, cómo, cuándo y a quién enviarlo pero quizás se podría contemplar el dar un paso más y concretar qué hacer y cómo, una vez está toda esta información en la comunidad. Hasta ahora cada profesional ha tenido la libertad de utilizarlo de una forma particular, pero siempre con el objetivo de asegurar una continuidad asistencial y mejorar así la calidad de vida.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Serie de informes técnicos. Planificación y organización de los servicios sanitarios*. Genève, 1974.
2. Social assessment of geriatric patients. En: Kane, RA (eds). *Textbook of Geriatric medicine and Gerontology*. London: Churchill Livingstone, 1992;160-4.
3. Evaluating the elderly patient Kane RL, Ouslander, JG, Abrass IB (eds): *Essential of clinical geriatrics*. New York: McGraw-Hill, 1989; 47-78.
4. La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía. Vol I i II. Via J.M., Portella E. SYSTED'91. Barcelona, 1992.
5. Àrees de valoració geriàtrica. Àrea social. Claude Protin. Ponència VII Congrés de la societat catalanoblear de geriatria i gerontologia. Girona 1995.
6. Característiques sòciosanitàries dels usuaris de PADES Serrià-Sant Gervasi. A. Miquel Civit. Ponència VII Congrés de la societat catalanoblear de geriatria i gerontologia. Girona 1995.