

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN SOCIAL NO SERVIZO DE URXENCIAS NO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (CHUAC)

*Rodríguez Sierra, Miriam; Vilar Pumares, Maira; Campello
García, Luz; Mosquera Vázquez, Ana; García Gay, Cristina*

*Traballadoras sociais no Complexo Hospitalario Universitario da Coruña
maira.vilar.pumares@sergas.es*

*Artigo realizado a partir do relatorio co mesmo título, presentado
no XIII Congreso Estatal de la Asociación de Trabajo Social y
Salud, que tivo lugar en Pamplona o 12 de maio de 2018.*

RESUMO

O/a traballador/a social sanitario/a intervén para valorar a situación social dos/das doentes, realizando unha investigación dos factores sociais que inflúen no proceso saúde-enfermidade e establecendo un diagnóstico social que indicará a necesidade de poñer en marcha os recursos sociais existentes.

O aumento da complexidade sociosanitaria dos/das doentes atendidos/as no servizo de urxencias, esixe reforzar a importancia deste diagnóstico social. Así, xunto co diagnóstico médico, é preciso avaliar criterios de risco social que afectan tanto o tratamento clínico como a continuidade dos cuidados e que poden influír directamente no criterio de alta ou ingreso hospitalario.

Todo isto implicou a formalización dun protocolo que garantira unha axeitada derivación dos e das doentes ao Servizo de Traballo Social na área

de urxencias, asegurando unha atención e tratamento integrais que fíxese visible a nosa intervención neste servizo.

O obxectivo deste artigo é dar a coñecer o protocolo de intervención social no servizo de urxencias do CHUAC que para o noso traballo diario supuxo un avance fundamental na integración e coordinación cos restantes profesionais deste servizo e que, en definitiva, garante que os e as doentes reciban unha verdadeira atención integral.

PALABRAS CLAVE

Traballador/a social sanitario/a, intervención social, urxencias hospitalarias, risco social, protocolo.

RESUMEN

El/la trabajador/a social sanitario/a interviene para valorar la situación social del/a paciente, realizando una investigación de los factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad y estableciendo un diagnóstico social que indicará la necesidad de poner en marcha los recursos sociales existentes.

El aumento de la complejidad sociosanitaria de los/as pacientes atendidos/as en el servicio de urgencias, exige reforzar la importancia de este diagnóstico social. Así, junto con el diagnóstico médico, es preciso valorar criterios de riesgo social que afectan tanto al tratamiento clínico como a la continuidad de los cuidados e que pueden influir directamente en el criterio de alta o ingreso hospitalario.

Todo esto implicó la formalización de un protocolo que garantizase una adecuada derivación de los/as pacientes al servicio de Trabajo Social en el área de urgencias, asegurando una atención y tratamiento integrales que visibilizase nuestra intervención en este servicio.

El objetivo de este artículo es dar a conocer el protocolo de intervención social en el servicio de urgencias del C.H.U.A.C. que para nuestro trabajo diario supuso un avance fundamental en la integración y coordinación con los restantes profesionales de este servicio y que, en definitiva, garantiza que los/as pacientes reciban una verdadera atención integral.

PALABRAS CLAVE

Trabajador/a Social Sanitario/a, Intervención social, Urgencias hospitalarias, Riesgo social, Protocolo.

ABSTRACT

The health social worker intervenes to assess the social situation of the patient, researching the social factors that have influence in the health-illness process and making a social diagnosis which will indicate if existing social resources should be set in motion.

The increase in the social health complexity of the patients tended by the emergency department requires to reinforce the importance of this social diagnosis. Along with the clinical diagnoses we must assess the social risk criteria that affect both the clinical treatment and the care continuity and may have a direct influence in the discharge or in the hospitalisation criterion.

All of that leads to formalize a protocol that guarantees an appropriate patient referral to the Emergency Room Social Work Service. This assures a comprehensive attention and treatment and makes visible our intervention in this service.

The objective of this article is to publicize the protocol of social intervention in the Emergency Service of the CHUAC. This protocol is, to our daily work, a fundamental advance in the integration and coordination with the other professionals of the Service, guaranteeing a true integral attention to the patients.

KEYWORDS

Hospital Social Work, Social Intervention, Emergency department, Social Risk Protocol

1. INTRODUCCIÓN

A atención sanitaria urxente en España representa un importante volume dentro das prestacións do sistema nacional de saúde. Trátase dunha vía de acceso extraordinaria ao sistema sanitario, inmediata e con dispoñibilidade continuada. Representa a principal vía de entrada á hospitalización, e con iso á asistencia especializada. Non obstante, a resposta á demanda de asistencia sanitaria urxente adquiriu na actualidade unha importante complexidade.

Existen factores como o envellecemento progresivo da poboación, o aumento de patoloxías crónicas e elevada comorbilidade, o cambio nos modelos familiares, o desenvolvemento desigual da Lei de dependencia e unha rede deficiente de servizos de proximidade, que favorecen a frecuentación

dos e das doentes ao servizo de urxencias, e fan máis complexas as propias patoloxías clínicas polas que se acode a este servizo. Todos estes factores fan que o servizo de urxencias sufra unha situación de constante presión asistencial. Non obstante, a súa abordaxe require de medidas de tipo estrutural, que van máis alá do propio sistema de saúde, pero que repercuten na utilización que doentes e familiares fan do servizo de urxencias.

- A isto debemos engadirlle que existen catro perfís de doentes, cada vez máis habituais neste servizo, que requiren dunha intervención sociosanitaria:
- Doentes con enfermidade mental grave, para estes o servizo de urxencias é a única vía de acceso á atención en crise.
- Persoas en grave situación de exclusión social con reingresos frecuentes, que empregan o servizo de urxencias como a vía habitual de acceso ao sistema sanitario; con asistencias derivadas en gran parte de multiproblemáticas relacionadas coa súa situación de exclusión, entre as que podemos destacar: intoxicacións etílicas ou por substancias, agresións, e/ou problemáticas de saúde relacionadas con prolongadas estancias en situación de rúa.
- Persoas estranxeiras sen dereito a asistencia sanitaria, en situación administrativa irregular, que empregan o servizo de urxencias como a forma de entrada ao sistema de saúde e que carecen posteriormente dunha continuidade asistencial, producíndose nestes casos unha ruptura no seguimento da atención a súa saúde.
- Persoas maiores en situación de fragilidade, pluripatolóxicas, sen rede familiar de apoio ou con rede familiar desgastada. Representando este último, o perfil de doente de maior complexidade e que con maior frecuencia debemos abordar dende o servizo de urxencias.

Estes doentes de alta complexidade sociosanitaria son dificilmente abordables de xeito integrado dende o servizo de urxencias. Precisan dunha intervención de grande amplitude que implique a diversos dispositivos e axentes sociais, facilitando unha atención integral e prolongada no tempo.

2. TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS DO COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DA CORUÑA (CHUAC)

O traballo social en urxencias debe entenderse como unha especialidade dentro do traballo social sanitario. Require dunha intervención áxil, con rápida toma de decisións, limitada no tempo e en ocasións afrontado intervencións xa iniciadas, con maior ou menor éxito, dende outros niveis de atención social.

Na área de urxencias, o traballo social sanitario é un servizo asistencial de apoio ao proceso de atención sanitaria, no que os indicadores sociais e o risco sociosanitario do e da doente, poden incidir de xeito significativo na súa saúde e na planificación da alta hospitalaria. A nosa función principal nesta área do hospital é:

- Realizar a valoración social da persoa con criterio de risco.
- Determinar a complexidade do caso e da intervención social.
- Establecer o plan de intervención sociosanitario.

Dende o servizo de traballo social do CHUAC, valorando a nosa intervención en urxencias nos últimos anos e tendo en conta a análise da xestión de casos de especial dificultade, detectamos a necesidade de introducir cambios e procesos de mellora que redundasen nunha atención asistencial de calidade. Ao mesmo tempo era necesario facilitar a nosa intervención interdisciplinar co resto de profesionais pertencentes ao servizo de urxencias.

Pero por que xorde este protocolo? O protocolo xorde a raíz das dificultades que percibiamos na nosa intervención no servizo de urxencias. Así, a unha intervención de por si complexa, tiñamos que lle engadir as dificultades que atopábamos co noso propio sistema, que dificultaba a intervención aínda máis se cabe:

- A posible dificultade do persoal facultativo para identificar as situacións de risco social, téndoas en consideración nos seus diagnósticos e tratamentos clínicos, dun xeito integrado.
- A derivación informal dos e das doentes que se facía ao servizo de traballo social, xunto á limitada coordinación asistencial posterior.
- A falta de sistematización na interacción entre o servizo de traballo social e o propio servizo de urxencias, que á súa vez lle restaba visibilidade e valor ao arduo traballo desempeñado polo traballador e a traballadora sociais de referencia.
- A difícil abordaxe de doentes de saúde mental crónicos, nos curtos tempos de intervención deste servizo.

Á vez, todas estas dificultades, restábanlle calidade á asistencia prestada, e limitaban a abordaxe integral do/da doente, o que favorecía os reingresos no servizo de urxencias.

En base a estas dificultades percibiuse a necesidade de introducir procesos de mellora que garantiran unha axeitada atención sociosanitaria

dos/das doentes durante todo o tempo de permanencia no servizo de urxencias. Así como, que asegurase a integración do diagnóstico social no diagnóstico clínico do/da doente como garantía dunha atención integral. Todo isto reforzaría o diagnóstico social, como factor determinante, á hora de producirse os ingresos ou altas hospitalarias dende á área de urxencias.

As dificultades detectadas, engadimos un cambio no perfil dos e das doentes cos/coas que interviñamos en traballado social de urxencias: aumentaban en número pero tamén en complexidade. Así nos últimos cinco anos, produciuse un incremento progresivo do número de doentes que precisaban de intervención social no servizo de urxencias. No ano 2013 interveuse con 273 persoas, cun aumento progresivo e alcanzáronse as 376 intervencións no ano 2017. Isto supuxo un incremento do 37 % en tan só cinco anos.

Táboa 1. Doentes avaliados/as no servizo de urxencias



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS anos 2013-2017

Pero como sinalamos este incremento non foi só numérico, tamén se produciu un incremento na alta complexidade e na carga sociosanitaria dos/das doentes atendidos/as.

A medición desta complexidade, fundamentouse na “Clasificación dos perfís de intervención segundo o Modelo de Xestión de Casos” (Campello, L. 2016, p.76), considerando o risco psicosocial que presentan os/as doentes, determinado polas necesidades de apoio e a carga de xestión sociosanitaria.

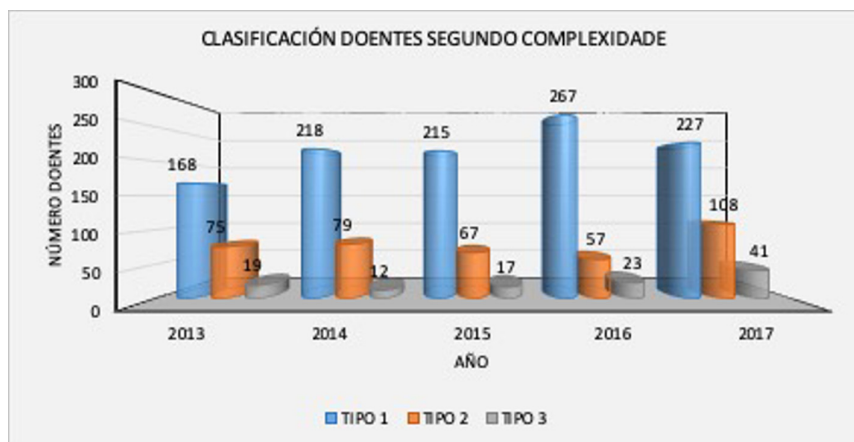
De acordo con Campello, L. (2016) este modelo de clasificación baséase na “autonomía social” que posúen os e as doentes para resolver as nece-

sidades de apoio que presentan e o proceso de intervención que requiren. Xorden así tres tipoloxías:

- **Tipo 1 ou de “abordaxe xenérica”**— caracterízanse por un tipo de intervención básica: estudo, valoración psicosocial e información -orientación- asesoramento e se fose preciso derivación a outro sistema ou servizo.
- **Tipo 2 ou de “abordaxe focalizada”**— require dun tratamento personalizado, que pode precisar mediación, xestión e/ou mobilización de recursos, apoio e acompañamento no proceso. Así como enlace con outros sistemas de continuidade máis ou menos especializados.
- **Tipo 3 ou de “abordaxe multidimensional”**— aqueles casos que presentan multiproblemática sociosanitaria. Caracterízase por requiren un modelo de intervención de “Xestión de caso complexo”, e o/a profesional é quen debe asumir o liderado na resolución do caso.

Deste xeito clasificamos os/as doentes atendendo a súa complexidade e valoramos a dificultade da intervención. Así, na táboa seguinte pódese apreciar o incremento, especialmente nos dous últimos anos, do grupo de doentes máis complexos, os denominados “Tipo 3 ou de abordaxe multidimensional”.

Táboa 2. Clasificación dos/das doentes segundo a complexidade



Fonte: Elaboración propia a partir dos datos do aplicativo REDISS anos 2013-2017

Se ben numericamente os/as doentes Tipo 3 non foron os/as máis significativos/as, tiveron un alto impacto no noso sistema sanitario, dado que supoñen a maior carga asistencial para o servizo de traballo social e, na maioría dos casos, un consumo de estancias hospitalarias evitables.

Este Tipo 3 de doentes incrementouse nos últimos anos. Concretamente no 2017 supoñen practicamente o 11 % dos/das doentes cos e coas que se intervén no servizo de urxencias, fronte ao 6 % que supoñen no conxunto de todos os servizos do hospital. Entendendo que estes casos, só excepcionalmente son resolubles desde este mesmo servizo, na maioría das ocasións non teñen outra saída inmediata que non sexa o ingreso hospitalario para lle dar continuidade á intervención social.

De acordo con todo o exposto anteriormente, destacando a alta complexidade dos casos, no ano 2018 aprobouse o “PROTOCOLO DE TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS”.

3. PROTOCOLO DE TRABALLO SOCIAL EN URXENCIAS

3.1. METODOLOXÍA

3.1.1. SOLICITUDE DE INTERVENCIÓN

A petición de intervención de traballo social, se realiza polo/a médico de Urxencias ou especialista responsable do e da doente, a través de interconsulta na historia clínica electrónica. Esta interconsulta é asignada o/á traballador/a social responsable do servizo de urxencias.

Os/as profesionais de servizos sociais comunitarios e outras entidades sociais, poden derivar tamén a aqueles e aquelas doentes que estean sendo atendidos/as en Urxencias en situación de risco ou vulnerabilidade sociosanitaria, da que teñan constancia. Inicialmente esta solicitude de intervención realízase vía telefónica, posteriormente deben acompañar unha solicitude de intervención social en Urxencias por escrito, vía correo electrónico ou fax.

3.1.2. COORDINACIÓN DOS E DAS TRABALLADORES/AS SOCIAIS COS/COAS PROFESIONAIS DO SERVIZO DE URXENCIAS

A intervención realizada por parte do/a traballador/a social e o estado do caso coa información o máis actualizada posible rexístrase na historia clínica electrónica, concretamente no apartado de consultas externas, de traballo social, xerando o noso propio curso clínico.

Ao mesmo tempo debe establecerse unha comunicación e información proactiva/coordinación co médico ou médica responsable do/a doente e/ou xefe/a de Urxencias, sempre que se considere preciso.

3.1.3. RESPONSABILIDADES DE TRABAJO SOCIAL NO SERVIZO DE URXENCIAS

A.- Valoración e intervención psicosocial:

- Estudo social (rede de apoio, condicións de vida, necesidade de coidados, recursos económicos, vivenda e hábitat...).
- Valoración das necesidades psicosociais e de risco sociosanitario tanto da persoa como medio para coñecer a complexidade do caso, orientar a intervención e apoiar a toma de decisións.
- Intervención psicosocial orientada á alta médica dende o Servizo de Urxencias, en función das necesidades de saúde do/a doente. Isto implica:
 - Apoio psicosocial e axuda ás familias co fin de reorganizar a atención despois do episodio de urxencias.
 - Información e asesoramento de recursos de apoio a alta (públicos, privados e terceiro sector).
 - Xestión e mobilización de recursos sociais de apoio ao coidado da persoa, en caso necesario.
 - Localización de familiares e/ou persoas da rede informal de apoio (veciñanza, amigos...) para implicalos no apoio e toma de decisións consensuadas.
 - Recompilación de documentación para trámites para recursos de apoio urxentes.
 - Implicar a rede social no apoio e seguimento, especialmente nos casos que retornan ao domicilio.
 - Coordinación con servizos sociais comunitarios e atención primaria de saúde de referencia, tanto para recadar información, como para derivación e seguimento se procede.

B.- Peche e destino do caso, partindo de que a responsabilidade da alta e ingreso hospitalario, lle corresponde ao/á médico ou médica ou especialista de referencia do/a doente no Servizo de Urxencias, as alternativas posibles son:

- Alta a domicilio habitual ou a domicilio alternativo (familiar, social...) con mobilización de recursos de apoio e derivación/enlace con servizos comunitarios.

- Ingreso en centro da rede de inclusión (albergue, fogares de atención a persoas en exclusión, pensións, pisos ou comunidades terapéuticas etc.) ou en programas de rúa (programa Sen Teito de Cruz Vermella, cocina económica, programas de Inclusión dos concellos...).
- Ingreso en centro residencial, xeralmente privado ou de iniciativa social, tendo en conta que os prazos de acceso a centro público implican procedementos moi prolongados no tempo, non axeitados para necesidades urxentes.
- Ingreso hospitalario segundo criterio de traballo social, en base á situación de complexidade sociosanitaria do/a doente e ao grave risco que suporía unha alta para a súa integridade física ou psíquica; engadido a que os tempos que requiren os procedementos de intervención social en casos complexos, non son compatibles cun servizo de urxencias.

Neste último suposto:

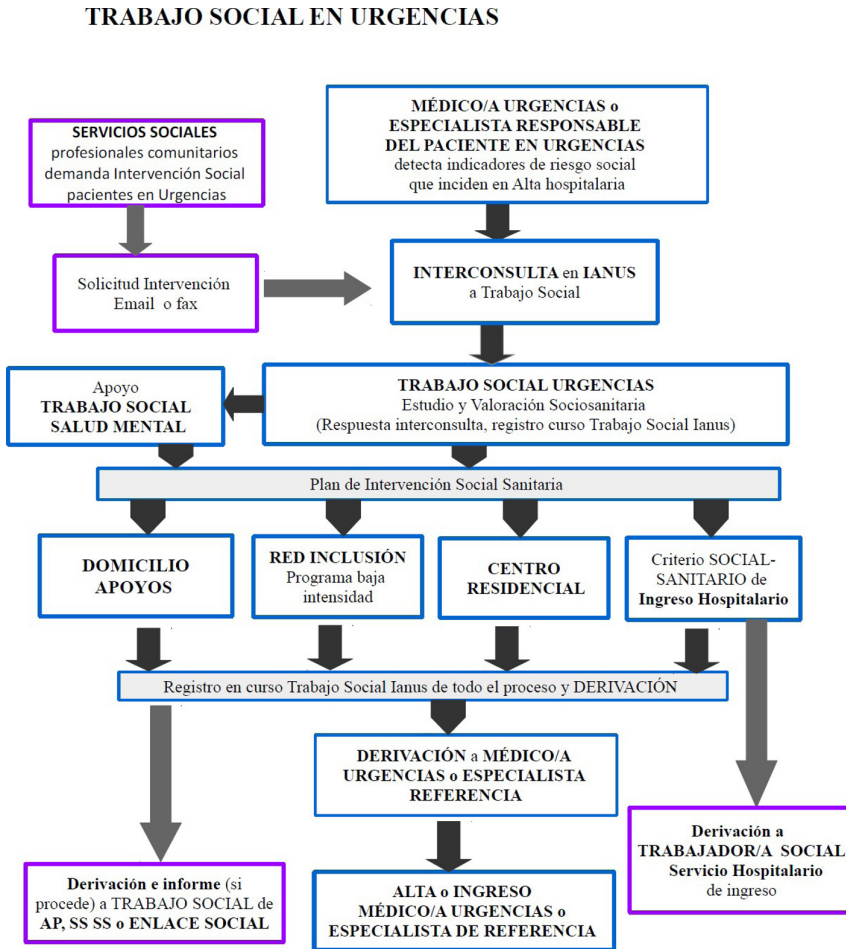
Informase o médico ou médica responsable ou especialista que leve o caso, mediante contestación de interconsulta e curso clínico de traballo social na historia clínica electrónica, do criterio sociosanitario de ingreso. É este, quen realiza o ingreso hospitalario seguindo o circuíto ordinario, con fin de completar a intervención social-sanitaria axeitada a cada doente, que garanta a continuidade da atención.

Así mesmo, dérívase a/o traballador/a social do servizo no que o/a doente vaia ingresar, para continuidade do plan de intervención sociosanitario.

Durante o proceso de intervención de traballo social, cando se precisan informes de saúde complementarios, como unha valoración cognitiva ou funcional dun especialista, como apoio para poder determinar o risco e o plan de intervención social que se vai seguir, pódese solicitar. A dita petición canalízase a través do/a médico/a responsable do/a doente.

C. Realízase informe social de derivación a Servizos Sociais Comunitarios, a Atención Primaria de saúde ou ao servizo específico que corresponda, para garantir a continuidade asistencial, tanto en caso de retorno ao domicilio, como a recurso social alternativo, sempre que así se considere.

FLUXOGRAMA



4. VALORES ENGADIDOS COA IMPLANTACIÓN DO PROTOCOLO

No tempo transcurrido dende a posta en marcha deste protocolo podemos constatar a implantación de melloras que supoñen un valor engadido ao traballo que vimos desempeñando. Entre elas destacamos:

- Indicar o ingreso do/a doente no hospital que por motivos sociosanitarios, e sendo inviable o retorno ao seu domicilio ou a algún dispositi-

vo alternativo, precisan a xestión dunha intervención complexa. Esta complexidade sociosanitaria é un criterio máis de ingreso en urxencias que á súa vez permite o ingreso en planta cunha identificación previa do/a doente, un plan inicial de intervención social-sanitario e unha correcta derivación ao traballador ou traballadora social de referencia pertencente ao servizo adxudicado ao/á doente.

- Unha maior implicación dos/as distintos/as profesionais na identificación e derivación sistematizada, en función de indicadores de risco social.
- Garantir o seguimento activo do/a doente por parte do persoal médico durante toda a estancia deste no servizo de urxencias, ata que finalice a intervención social.
- Integración da abordaxe social como unha parte máis do proceso asistencial. Os tempos de intervención social intégranse dentro do proceso da atención sanitaria en urxencias.
- Posibilidade por parte do/a traballador/a social de acceder a informes e valoracións médicas complementarias (psiquiatría, neuroloxía etc.) como instrumento para determinar o risco social e así establecer o plan de intervención e a toma de decisións axeitadas.
- Contar co apoio dos traballadores e traballadoras sociais de Saúde Mental (Servizo de Psiquiatría, Hospital de Día e USM) naqueles casos que presentan patoloxía psiquiátrica e intervención social previa.
- Favorecer que se visualice e se recoñeza a intervención social en saúde. Todo isto lévase a cabo a través da historia clínica electrónica (aplicativo IANUS), onde se rexistra a intervención realizada dende o noso servizo. Ao mesmo tempo, a dita información queda á disposición de todos os/as profesionais pertencentes ao sistema de saúde, facilitando a continuidade da asistencia.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Campello, L. & Sierra, M. (2016). Modelo de gestión de Trabajo Social Sanitario según tipología de pacientes. *Trabajo social y salud*, (85), 73-82.
- Camelo, A., & Cifuentes, R. M. (2006). Aportes para la fundamentación de la intervención profesional en Trabajo Social. *Revista Tendencias & Retos*, (11), 169-187.

- Defensor del Pueblo (2015) Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los defensores del pueblo.
- Miró, Ó., Sánchez, M., Coll-Vinent, B., & Millá, J. (2000). Estimación del efecto relativo que ejercen los determinantes externos e internos sobre la eficacia de un servicio de urgencias de medicina. *Medicina clínica*, 115(8), 294-296.
- Troiani, M. J. (2011). La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (63), 9-8.