



M<sup>a</sup>. Inés Cuesta Antelo

Enfermera de UVASS de FHSLL. Palma de Mallorca. Baleares.

**Correspondencia:**

M<sup>a</sup> Inés Cuesta

FHSLL Unidad de Valoración Sociosanitaria

Carretera de Manacor, km. 4

07198-Palma de Mallorca

Tfno.: 871 20 22 41

E-mail: icuesta@hssl.es

Puesta en marcha de una Unidad de Valoración Sociosanitaria (UVASS) ubicada en un hospital de agudos (Fundación Hospital Son Llatzer: FHSLL)

*Implementation of a socio-medical assessment unit (UVASS) located in a hospital for acute patients (Foundation Hospital Son Llatzer: FHSLL)*

**RESUMEN**

**Introducción:** La unidad de valoración sociosanitaria del Complejo Hospitalario de Mallorca (CHM) está ubicada físicamente en el hospital de agudos de Son Llátzer (FHSLL) de Palma de Mallorca. Para su puesta en funcionamiento se tendrán como modelo las unidades funcionales interdisciplinarias (UFISS) de Cataluña, que funcionan a raíz de la creación del programa “Vida als anys” en el año 1986, aunque otras autonomías también cuentan con estos equipos de soporte. Su actividad empezó, tímidamente, en junio del año 2002, cuando el Hospital General (HG) y el Hospital Joan March (HJM) se reconvirtieron en hospitales sociosanitarios. Somos una unidad interdisciplinaria encargada de definir y priorizar las necesidades de cada usuario mediante una valoración profesional integral. **Objetivos:** Dar a conocer la tipología más habitual de los pacientes valorados en esta unidad y los principales problemas encontrados a la hora de derivarlos a los centros más adecuados a su caso; y describir las dificultades halladas desde un principio, así como las consultas realizadas a nuestro equipo. **Material y método:** Estudio retrospectivo de los pacientes valorados entre junio de 2002 y diciembre de 2005. Los parámetros utilizados son: escala de Barthel, escala de Pfeiffer, escala de control de síntomas, así como la edad y el sexo de los pacientes. Para la valoración de enfermería se ha utilizado el modelo de Virginia Henderson con las catorce necesidades básicas. **Resultados:** Reflejan los distintos servicios a los que se han derivado los pacientes, así como la falta de recursos que hemos detectado durante el periodo de estudio. Conclusiones: Creemos que la correcta selección de los pacientes es la base del buen funcionamiento de la UVASS. Somos una unidad joven, en fase de expansión, con mu-

**SUMMARY**

**Introduction:** The social health assessment unit of the Hospital Complex of Majorca (CHM) is located at the Hospital for acute patients of Son Llátzer (FHSLL), in Palma de Majorca. For its start-up, the model will be the functional interdisciplinary units (UFISS) of Catalonia, which work since the creation in 1986 of the “Vida als anys” program, although other autonomous regions also have these support equipments. Its activity began in June, 2002, when the General Hospital (HG) and the Joan March Hospital (HJM) reconverted into social health hospitals. We are an interdisciplinary unit in charge of defining and prioritizing every user needs by means of a comprehensive professional evaluation. **Objectives:** To show the most common typology of patients evaluated by this unit and the main problems found when deriving them to more appropriate centres for their case; and describing the difficulties found from the beginning, just as the consultations made to our team. **Material and method:** Retrospective study of the patients evaluated between June, 2002, and December, 2005. The parameters used are: Barthel scale, Pfeiffer scale, control of symptoms scale, as well as the age and sex of the patients. For the nursing assessment it's been utilized the Virginia Henderson's model with the 14 basic needs. **Results:** They reflect the different services which the patients have been referred to, just as the lack of resources that we have detected during the study period. We believe that the right selection of patients is the basis for a good performance of the UVASS. We are a young unit, in phase of expansion, with still a long way to go and lots of possibilities, taking into account the projects of new social health resources, both at autonomic and national level (Dependence Law).



17 cho camino por recorrer y muchas posibilidades, teniendo en cuenta los nuevos recursos sociosanitarios en proyecto, tanto a nivel autonómico como nacional (Ley de Dependencia).

#### **PALABRAS CLAVE**

Sociosanitario, valoración multidisciplinar, geriatría, rehabilitación integral.

#### **INTRODUCCIÓN**

Desde el mes de junio del año 2002, aproximadamente, están en funcionamiento las UVASS del Complejo Hospitalario de Mallorca (CHM), coincidiendo con la reconversión, por parte del Ib-Salut, del Hospital Joan March (HJM) y Hospital General (HG) en hospitales sociosanitarios.

Comenzaba una nueva etapa para estos centros que hasta esta fecha habían funcionado a pleno rendimiento como hospitales públicos de pacientes agudos. Actualmente, el HG cuenta con 74 camas, 9 de ellas quirúrgicas, destinadas a la CMA, y el HJM tiene 95; este número puede variar, ya que alguna planta está en fase de remodelación.

Todo este proceso ha supuesto un gran esfuerzo en formación, así como un cambio de mentalidad por parte de todo el personal del complejo que, hasta ese momento, había atendido pacientes con patologías agudas en su mayor parte, con un servicio de urgencias como puerta de entrada.

En Cataluña, en el año 1986, el departamento de Sanidad y Seguridad Social creó el programa "Vida als anys", siendo el modelo escogido en nuestros hospitales para poner en marcha la "Unidad de Valoración Sociosanitaria" UVASS (UFISS en Cataluña).

Actualmente, las UVASS funcionan en los dos hospitales de referencia que hay en Palma de Mallorca. Nuestra unidad está ubicada en un pequeño despacho de la 3<sup>a</sup> planta de la Fundación Hospital Son Llatzer (FHSLL) y es independiente de esta entidad, únicamente valoramos pacientes, pero no están a nuestro cargo; la otra UVASS está en el Hospital Universitario Son Dureta (HUSD), aunque la organización y el funcionamiento de ambas no es el mismo. Básicamente, la diferencia entre ambas unidades es que nuestra unidad no cuenta con personal del Hospital Son Llatzer, dependemos directamente de GESMA, la empresa que gestiona los Hospitales Sociosanitarios; en cambio, la UVASS ubicada en el Hospital de Son Dureta es mixta, es decir, cuenta, además del personal de GESMA, con una enfermera y un médico propios del hospital de agudos.

Nuestro equipo está formado por dos médicos, una enfermera, un trabajador social y un administrativo.

El modelo organizativo de la UVASS se basa en el trabajo en equipo y en la práctica interdisciplinaria, con la finalidad de llegar a la mejor solución posible para el paciente y su familia, aunque no siempre disponemos de los recursos necesarios.

#### **KEY WORDS**

*Social health, multidisciplinary evaluation, geriatry, comprehensive rehabilitation.*

25

Nuestra labor asistencial la realizamos en la Fundación Hospital de Son Llatzer, aunque estamos adscritos, laboralmente, al Hospital General de Mallorca, que gestiona GESMA. La FHSLL cuenta con una tecnología informática puntera en Mallorca, lo que nos facilita el acceso a la información y a la historia clínica del paciente.

El motivo de esta comunicación es dar a conocer el trabajo que hemos realizado estos primeros años de funcionamiento y algunos de los problemas con los que nos hemos ido encontrando.

#### **OBJETIVOS**

1. Dar a conocer la tipología más habitual de los pacientes.
2. Describir las dificultades halladas desde un principio, así como las consultas realizadas a nuestro equipo y el destino de los pacientes valorados.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se ha hecho un estudio retrospectivo entre junio de 2002 y diciembre del 2005 de todas las derivaciones realizadas a la UVASS: en un total de 3.444. Durante el año 2002 fueron pocas las consultas demandadas, pues apenas se conocía la unidad en el HSL; también se carecía de despacho propio y de trabajador social (TS), que se compartía ocasionalmente con el TS del propio hospital.

La unidad no tiene camas físicas asignadas ni capacidad para dar altas. El paciente es responsabilidad, en todo momento, del médico que lo atiende en el hospital, aunque, evidentemente, estamos en contacto, ya que los pacientes, hasta que no tienen un diagnóstico claro y están estables, no pueden ser trasladados a un hospital sociosanitario, y esto depende de nuestra valoración.

Como instrumentos de valoración contamos con varias escalas:

- Escala de Barthel, que mide el estado funcional del paciente previamente al ingreso y en el momento de ingreso.
- Escala de Pfeiffer, para medir el estado cognitivo.
- Escala GDS, para estados avanzados de demencia.
- Escala de Karnofsky y escala de valoración de síntomas. Estas últimas, específicas para pacientes destinados a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).
- La valoración propia de enfermería se basa en el análisis de las catorce necesidades del modelo de Virginia Henderson.
- La valoración social se ha realizado a través de preguntas de elaboración propia.

Contamos con una base de datos que, aunque es muy básica, nos permite hacer un seguimiento y acceder a los datos de que disponemos. Con el paso del tiempo, hemos visto que se pierden parámetros y que es urgente crear una nueva, aunque nos hemos adaptado a los datos disponibles.

Cuando el paciente ingresa en el hospital, el equipo responsable detecta una serie de problemas que, por sus características, son susceptibles de ser valorados por UVASS; la derivación a nuestra unidad se realiza a través de correo electrónico. A partir de este momento nos ponemos en contacto con el paciente, al que realizaremos la valoración médica, funcional, cognitiva, enfermera y social del paciente, teniendo en cuenta si hay o no cuidador principal.

Se siguen los siguientes criterios:

– La valoración se realiza siempre desde el respeto al paciente, a sus familiares y a las decisiones que le afecten.

– Se establecen unos objetivos comunes y las decisiones se toman de una manera conjunta.

– La existencia de un responsable del equipo es fundamental para el buen funcionamiento de la unidad y su motivación.

– Periódicamente se hace una revisión de los objetivos y los resultados, y se intenta cambiar aquello que no funciona.

– Aunque la UVASS no puede asumir la responsabilidad asistencial, hay estudios (metanálisis del grupo de Rubenstein) en los que se tiende a pensar lo contrario y que resultaría más eficaz si hubiera posibilidad de asistencia directa sobre los pacientes.

Los criterios de inclusión, para el traslado del paciente a los hospitales de media estancia, están en función de los programas definidos en dichos hospitales. En estos momentos, los Programas en funcionamiento son los siguientes:

– Pluripatólogicos: Pacientes que sufren dos o más enfermedades crónicas.

– Convalecencia-Ictus: Los pacientes que han sufrido un ictus serán tributarios de traslado si necesitan un periodo de convalecencia y para iniciar RHB.

– Convalecencia-ortogeriatría: Los enfermos operados de fractura de cadera serán tributarios de traslado si necesitan un periodo de convalecencia postoperatoria y para iniciar RHB.

– Programa RESC (Respiratorios Crónicos): Paciente de más de 70 años con múltiples sobreinfecciones y descompensaciones mixtas de su EPOC, sin causa de ingreso en el centro de agudos, con frecuentes pasos por el servicio de urgencias con un periodo libre progresivamente más corto.

– Programa de UCP (Unidad de Cuidados Paliativos): Servicio destinado a personas que padecen una enfermedad oncológica avanzada o en situación terminal, el objetivo es alcanzar el máximo grado de confort.

Como criterio de exclusión está el paciente en fase agónica ingresado en el hospital de agudos.

– Subagudos: Personas que presentan una enfermedad de base que se encuentran en una fase de recuperación de un proceso agudo y que tienen una pérdida de autonomía.

Nuestro objetivo es evaluar correctamente el perfil del paciente y los familiares, así como explicarles el soporte que tendrán a la hora del alta hospitalaria.

La UVASS es la responsable de los ingresos de los hospitales de media estancia que proceden de los hospitales de agudos; su función es, de alguna manera, la de velar para que se cumplan los criterios de inclusión.

Todo ello contribuye a la utilización del recurso disponible más adecuado, ya que se reduce la estancia media en los hospitales de agudos y el uso indiscriminado de los servicios de urgencias.

El tiempo de ingreso puede oscilar desde unos días hasta tres meses, más o menos, dependiendo de la respuesta del paciente.

## RESULTADOS

El perfil del usuario es el siguiente: paciente ingresado en un hospital de agudos que ya está diagnosticado, en edad geriátrica o con enfermedades crónicas evolutivas, trastornos cognitivos o que necesitan curas paliativas.

El promedio de edad fue de 80,7 años para las mujeres y 73,5 para los hombres (Figuras 1 y 2).

El número de consultas fue ligeramente más elevada para los hombres, aunque no es muy significativa la diferencia.

El promedio de la valoración de las escalas de Barthel y Pfeiffer de los pacientes derivados se detalla en la Figura 3.

En el cuadro de la Figura 4 se refleja el destino de los pacientes consultados a la UVASS durante el periodo de estudio. Como se evidencia en el gráfico, los servicios que más nos consultaron fueron Medicina Interna y Urgencias. Durante el primer año de funcionamiento de nuestra Unidad en este hospital, tuvimos muchas consultas por parte del servicio de Traumatología, ya que veíamos a todos los pacientes que ingresaban por Fx de cadera, aunque con el tiempo esta demanda ha ido disminuyendo debido, presumiblemente, a la demora a la hora del traslado a los centros sociosanitarios o a la falta de rotación de camas de los mismos.

En el gráfico de la Figura 5 se puede ver, por años, la disminución de las consultas por parte de este servicio.

El origen de los pacientes derivados a la UVASS puede verse en la Figura 6. A pesar de que con el tiempo las consultas que nos realizan se acercan cada día más a los criterios de ingreso en los hospitales sociosanitarios, todavía se reciben derivaciones de pacientes con una gran problemática social y con imposibilidad de alta hospitalaria, pacientes con nulas posibilidades de recuperación funcional o en fase de inestabilidad médica, por poner algunos ejemplos. Los pacientes derivados desde Urgencias son, normalmente, los que se encuentran en fase más inestable, aunque cada caso se ha de valorar individualmente.



19

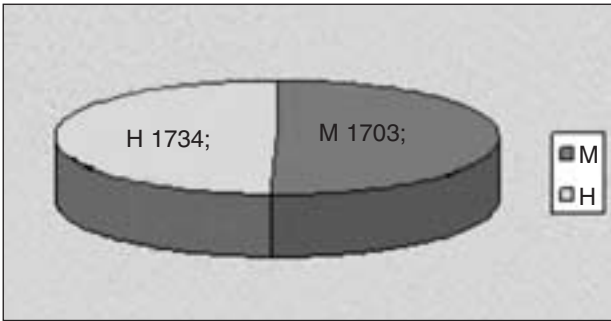


Fig. 1. Sexo.

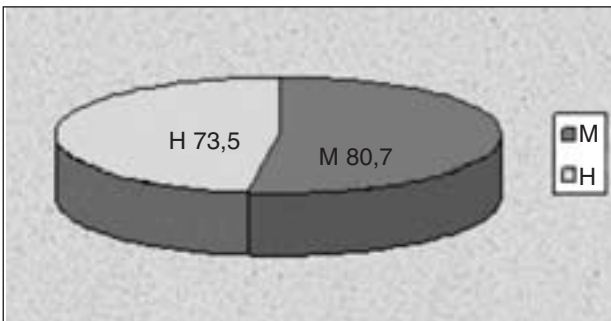


Fig. 2. Promedio de edad de los pacientes visitados.

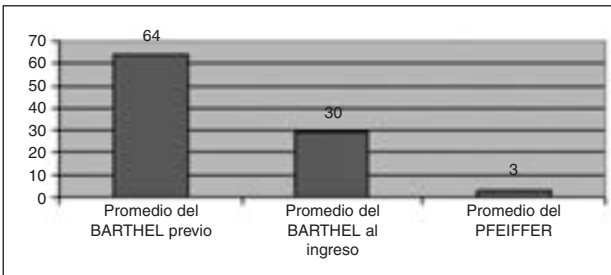


Fig. 3.

## DISCUSIÓN

El principal problema que encontramos fue la falta de recursos disponibles a la hora de derivar a los pacientes valorados, pues muchos de ellos no eran tributarios de ser trasladados a un Hospital sociosanitario en esos momentos, pero si que se hubieran podido derivar a una residencia geriátrica, a un hospital de larga estancia o a domicilio con una serie de ayudas de soporte que no entraban dentro de nuestra cartera de servicios.

De momento, la unidad no puede derivar pacientes a residencias u otro tipo de centros como sería de esperar; como se comenta al principio, la UVASS empezó a funcionar en el año 2002 y se intenta perfeccionar a medida que surgen las dificultades.

Nosotros únicamente podemos derivar pacientes al HG, al HJM y al ESAD; a este último dispositivo, cuando se trata de pacientes paliativos oncológicos para su control domiciliario.

Nuestros hospitales son capaces de asumir pacientes con una enfermedad de base que se encuentran en fase es-

27

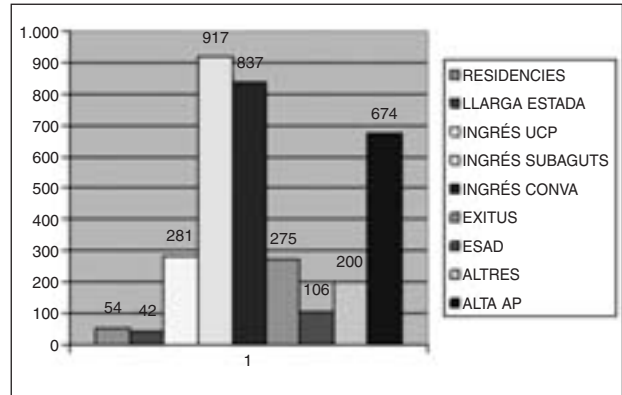


Fig. 4.

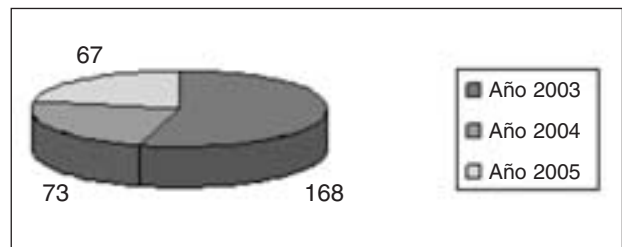


Fig. 5. Consultas de traumatología

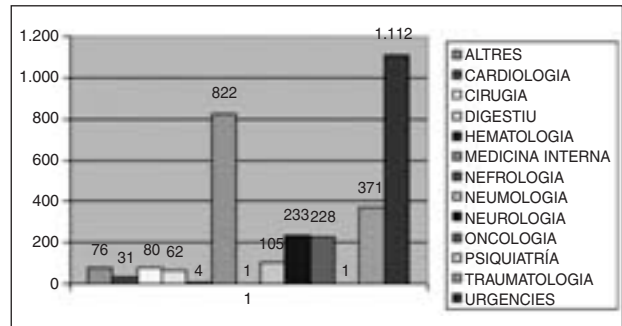


Fig. 6.

table de recuperación de un proceso agudo y que presenten una pérdida importante de autonomía, personas que necesitan continuar un tratamiento o supervisión clínica continuada, cumpliéndose así unos de los objetivos previos, como era el de la estabilización clínica y la rehabilitación integral.

## CONCLUSIONES

– La correcta selección de los pacientes, a través de unos criterios de inclusión bien definidos, es la base del éxito de las intervenciones de la UVASS.

– Nuestra meta común sería que todos los pacientes estuvieran ubicados en el nivel asistencial más adecuado al proceso de su enfermedad, pero hoy por hoy todavía no es posible.

– Del trabajo de estos años se desprende que son muchos los recursos que hacen falta aún en función de la demanda detectada a través de nuestra unidad; es urgente una solución que dé respuesta a esta demanda debida al aumento de la expectativa de vida.

28

– Así mismo pensamos que la puesta en marcha en nuestra comunidad de varias residencias nuevas, un centro de personas con Alzheimer, así como hospitales de día, contribuirán a paliar esta falta de recursos.

– Uno de los posibles objetivos dentro de nuestra unidad para los próximos años sería recuperar las valoraciones de los pacientes operados de Fx de cadera, ya que son pacientes que ven mermada su capacidad funcional. Muchos de ellos, quizá porque viven solos, quizá porque están muy debilitados, o tal vez porque viven con el cónyuge, también de edad avanzada, tienen serias dificultades de recuperación en su domicilio.

20

– En todo caso, tenemos que pensar que nuestra unidad está en sus inicios y le queda mucho por recorrer, pero que, a través de los nuevos recursos puestos en marcha y la buena voluntad política, podemos hacer una buena labor y contribuir a paliar el problema.

– Es un gran reto que todos deberemos asumir como profesionales de la salud y que estamos en contacto directo con la población anciana.

### AGRADECIMIENTOS

A todos mis compañeros del equipo de UVASS por su colaboración y a la unidad de docencia de GESMA.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Formiga F, i Mascaro J, Cabot C, Ortega C, Porras F, Vidaller A, Pujol R. Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos. *Rev. Mult Gerontol* 2005; 15 (1): 8-11.
2. Programa del Servei Catala de Salut: "Vida als anys".
3. Pesset RI, Bernat G. Programa PALET Generalitat Valenciana. Cuidados y calidad de vida. 1998.
4. San José Laporte A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplina-

- rias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 336-43.
5. Divisió d'atenció sociosanitaria. Programa Vida Als Anys. Area sanitaria, Servei Catalá de la Salut. L'atenció sociosanitaria a Catalunya, escenari evolutiu 2000-2005.
6. González Montalvo JL, Alarcón T, Del Río M, Gotor P, Aceituno V. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev. Esp. Geriatría y Gerontología* 1999; 34 (6): 336-45.