

## **Intervención proactiva en prótesis total de rodilla desde el Trabajo Social Sanitario en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona**

**PREMIO CIENTÍFICO DTS MÁLAGA 2018**  
*Modalidad: Intervención profesional*

**Sonia Jiménez Panés**

Trabajadora Social en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol de Badalona

### **Resumen**

La artrosis de rodilla es una de las enfermedades asociadas al envejecimiento de mayor prevalencia. Provoca dolor, inflamación, impotencia funcional y rigidez, y en fases avanzadas no responde a tratamientos farmacológicos y precisa cirugía.

Se plantea una investigación cualitativa cuyo objetivo es identificar las necesidades de información y atención en pacientes que han de ser operados de Prótesis Total de Rodilla a fin de disminuir el impacto de la cirugía y permitir una adecuada reorganización personal y familiar, con el fin de poder validar la incorporación del trabajador social sanitario en el proceso.

Para ello se realizan entrevistas a los pacientes antes y durante el proceso de cirugía de rodilla, y paralelamente se entrevista a los profesionales asistenciales implicados.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes tienen dificultades para entender el lenguaje técnico de algunos profesionales, aunque su mayor preocupación está relacionada con el dolor y las complicaciones de la cirugía. La pérdida de movilidad solo comporta dificultades al alta en pacientes que viven solos o que lo hacen con personas que trabajan fuera del domicilio, por lo que la intervención proactiva del trabajador social sanitario se dirigirá a este perfil poblacional.

### **Palabras clave**

Prótesis de rodilla, pérdida de movilidad, información previa, atención proactiva, trabajo social sanitario

### **Abstract**

The knee artrosis is one of the diseases associated with the aging of higher prevalence. Causes pain, swelling, functional impotence and rigidity, and in advanced stages does not respond to pharmacological treatments and precise surgery. There is a qualitative research whose goal is to identify the information needs and attention in patients that have to be operated on for Total Knee prosthesis in order to lessen the

impact of the surgery and allow for adequate staff reorganization and family, and thus to be able to validate the incorporation of the social worker health in the process

To do this are carried out interviews with patients before and during the process of knee surgery, and parallel interview to the healthcare professionals involved. The results obtained showed that the patients have difficulties in understanding the technical language of some of the professionals, although his greatest concern is related to the pain and complications of the surgery. Loss of mobility difficulties involves only the high in patients who live alone or do with people who work outside the home, so that the proactive intervention health social worker shall be submitted to the population profile.

### **Key words**

Knee replacement, loss of mobility, background information, proactive care, medical social work

### **Introducción**

El envejecimiento de la población es una de las tendencias más significativas en el siglo XXI. Constituye un éxito del progreso humano, y el aumento de la longevidad, uno de los mayores logros de la humanidad. En la actualidad vivimos más años debido a los avances de la medicina, nutrición, la atención de la salud, la educación y el bienestar (INE, 2015).

En términos sanitarios esta situación repercute entre otros, en un progresivo incremento de la prevalencia de las enfermedades artrodegenerativas, que son la principal causa de discapacidad, y en el aumento de personas que han de someterse a cirugía de prótesis de rodilla (Departament de Salut, 2008).

Paralelamente la sociedad evoluciona favorablemente acarreado cambios de roles provocados por las transformaciones sociales de nuestro país y por la incorporación de la mujer al mercado laboral, con la consecuente pérdida de su rol de cuidadora tradicional.

Trasladados estos datos al ámbito de actuación que nos ocupa se explica el incremento de pacientes operados de rodilla en el hospital, así como el aumento de los que presentan dificultades de atención al alta hospitalaria.

### **Objetivo del estudio**

identificar las necesidades de información y atención en pacientes que han de ser operados de Prótesis Total de Rodilla (en adelante PTR) a fin de establecer un protocolo de atención proactiva del trabajador social sanitario para disminuir el impacto de la cirugía y permitir una adecuada reorganización personal y familiar.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la información necesaria para los pacientes antes, durante y después de la cirugía
- Proponer un procedimiento de atención proactiva desde el Trabajo Social Sanitario para pacientes que han de ser intervenidos de PTR
- Definir el perfil de pacientes que es necesario incluir en el procedimiento

## Metodología

La presente investigación tiene una finalidad básica y aplicada pues primero se necesita conocer y comprender de los temas tratados y los diferentes conceptos de los que se habla en el marco teórico; y con los avances y descubrimientos del estudio se pretende ponerlos en práctica para la promover alternativas de intervención aplicadas a la práctica social.

Se trata de la intervención proactiva del trabajador social sanitario con pacientes que padecen artrosis de rodilla y que son operados de forma electiva para la colocación de una prótesis.

El método empleado para el desarrollo de este trabajo ha sido la investigación cualitativa en el que se pretende conocer la realidad desde el punto de vista de las propias personas que han pasado, o tienen que pasar por una cirugía electiva de rodilla, dando importancia al valor que ellas dan a su propia experiencia y a la diversidad del discurso.

Para llevar a cabo la investigación se han realizado entrevistas semiestructuradas a los pacientes seleccionados durante un periodo de tiempo determinado, y se ha investigado el proceso y la información que se les facilita durante las entrevistas con los profesionales.

En relación al alcance temporal ha sido relacional y sincrónico ya que se ha realizado el registro en base al tiempo que se desarrolló el estudio, los meses de mayo y junio de 2015.

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (en adelante HUGTIP) donde se realizan anualmente más de 130 intervenciones quirúrgicas de PTR con una estada media aproximada de cuatro días.

## LIMITACIONES

Las limitaciones de esta investigación han sido determinadas por:

- El tiempo: el trabajo de campo se ha realizado en dos meses.
- El espacio: el estudio se ha desarrollado exclusivamente con pacientes ingresados en el Hospital.
- Representación de la diversidad muestral: Si algún grupo es poco frecuente, es posible que no se vea representado en la muestra por las limitaciones de espacio y tiempo.
- Disponibilidad de los profesionales asistenciales: Se ha entrevistado únicamente a un profesional de cada disciplina.

## JUSTIFICACIÓN

En Cataluña cada año se realizan unas 14.000 intervenciones quirúrgicas de prótesis de rodilla, y en el hospital donde se ha desarrollado el estudio más de 200.

Es un procedimiento quirúrgico efectivo que mejora la calidad de vida de los pacientes, incrementa su capacidad funcional y reduce el dolor.

En los últimos años en diversos hospitales se han puesto en marcha programas estandarizados de cirugía de PTR de corta estancia con seguimiento domiciliario que permiten incrementar la actividad y reducir los costos sin aumentar las complicaciones, proporcionando un mayor confort para los pacientes y sus familias.

Esta cirugía que a corto plazo mejora la movilidad y la calidad de vida provoca un incremento de la dependencia de los pacientes en las primeras semanas post intervención quirúrgica.

A pesar de ser una cirugía programada, la pérdida de funcionalidad previa del paciente y la necesidad de cuidados, genera una situación de crisis personal y familiar, la mayoría de veces provocada por la falta de información previa, previsión y reorganización de cuidados.

Actualmente el profesional de trabajo social sanitario (en adelante TSS) interviene a demanda, frente a la negativa de los pacientes y sus familiares a aceptar el alta hospitalaria, debido a las dificultades de atenderlo en el domicilio durante el proceso de rehabilitación.

La falta de planificación del alta genera malestar en las personas intervenidas quirúrgicamente y en sus familiares, así como en el personal sanitario, a lo que hay que sumar estadas hospitalarias innecesarias e incremento de costes sanitarios.

A partir del estudio se conocerán las necesidades globales, así como las de información que tienen los pacientes y familiares que están pendientes de cirugía para colocación de PTR, mediante entrevistas al personal médico y sanitario, pacientes y familiares, antes y durante la intervención quirúrgica.

El objetivo final sería mejorar la calidad de atención dada a estos pacientes mediante la intervención proactiva desde el trabajo social sanitario proponiendo el diseño de un protocolo de atención que contemple los aspectos psicosociales de estos pacientes y como afecta a su vida ésta cirugía, y les permita por un lado una adecuada reorganización familiar, así como la reducción de costes sanitarios innecesarios.

## MARCO TEÓRICO

### • En que consiste la Prótesis Total de Rodilla

El remplazo total de rodilla es un procedimiento quirúrgico en el cual las superficies articulares dañadas son cambiadas por componentes articulares artificiales. Se reemplazan los extremos del fémur (huesos del muslo), de la tibia (huesos de la pierna) y la superficie articular de la rótula (hueso que está por delante de la rodilla).



**Figura 1: Modelo de prótesis.**

Fuente: <http://www.protesisderodilla.org/modelos-y-tipos-de-protesis-de-rodilla/>

- **Indicación de la Prótesis Total de Rodilla**

La artrosis es una enfermedad de las articulaciones que consiste en una alteración estructural y pérdida de cartílago articular.

La sintomatología más importante es el dolor, la inflamación, la deformidad y la rigidez articular. El diagnóstico se confirma con el estudio radiológico simple, el que revelará la pérdida de espacio articular, formación de osteofitos (prominencias óseas) y alteración del alineamiento normal de la articulación (Weisser, 2015).

La PTR está indicada principalmente en pacientes con artrosis de rodilla sintomática, con limitación importante para la realización de actividades de la vida diaria tales como utilizar transporte público, caminar, subir o bajar escaleras, etc. Y que no han tenido una buena respuesta al tratamiento médico como son el uso de analgésicos y/o antiinflamatorios, fisioterapia y kinesiterapia.



**Figura 2: Radiografía de rodilla sana y rodilla con artrosis.**

Fuente: <http://www.orthoinfo.aaos.org>

- **Síntomas y tratamiento**

El síntoma más común que presentan los pacientes es dolor en la articulación cuando realizan algún tipo de actividad física, como estar de pie, caminar por terrenos irregulares, subir o bajar escaleras, levantarse, etc. Después de un tiempo en movimiento el dolor cede, pero al rato reaparece, cediendo poco a poco con el reposo.

Conforme avanza la enfermedad el dolor también estará presente durante el reposo y tras el movimiento prolongado, hasta que en fases avanzadas de la enfermedad el dolor es casi constante y ocasiona pérdidas funcionales al paciente.

La rodilla también puede hincharse, ponerse caliente y deformarse (Surbone, 2013).

Actualmente no existe ningún tratamiento que pueda curar la artrosis, pero sí que se pueden aliviar los síntomas, retardar su evolución y mejorar la calidad de vida de los pacientes. El mejor tratamiento es el que combina medidas farmacológicas con no farmacológicas (Gracia San Roman FJ, 2006) (Reumatología, 2005).

- **Efectos de la cirugía de PTR en las personas**

A pesar de los avances en medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor del cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, dolor, separación de la familia y hospitalización.

Ante estos interrogantes pueden surgir varias respuestas emocionales como la ansiedad, depresión y estrés, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias, haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria y la calidad de vida de los pacientes y su familia durante el proceso.

Las intervenciones quirúrgicas aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas.

Autores como Peter Levine explican que la hospitalización y los tratamientos médicos pueden producir secuelas traumáticas causadas por una larga inmovilización y hospitalizaciones prolongadas entre otros factores. A pesar de que la persona reconozca que la operación es necesaria, pensar que el equipo de cirujanos y cirujanas cortará la carne, los músculos y los huesos provoca estrés y el cuerpo lo registra como un incidente que amenaza la vida. A nivel celular, el cuerpo percibe que ha soportado una herida bastante grave como para ponerlo en peligro de muerte (Marti-Valls J, 2000).

La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico (Levine, 2013).

La mejor manera de reducir la ansiedad es recibiendo toda la información y educación necesaria para cubrir los tópicos como el procedimiento quirúrgico, los beneficios del mismo, el manejo de los síntomas, los riesgos, las complicaciones que pueden aparecer, el concepto de rápida recuperación y sus beneficios, destino al alta y servicios médicos post agudos (Rodríguez JC, 2001).

Algunos estudios concluyen que para evitar niveles de ansiedad perjudiciales se requiere un trato personalizado, un modelo de comunicación adecuado entre el personal sanitario y los pacientes, enseñar a los pacientes a manejar internamente la ansiedad y entender la infraestructura y la rutina hospitalaria a partir de las necesidades de los usuarios, sin desatender los requerimientos que se determinen para el correcto funcionamiento del centro de salud (Gordillo, 2011).

- **Consentimiento informado**

La información que recibe el paciente de este proceso se concentra en las visitas en consulta externa que realiza con el traumatólogo de referencia, donde se le informa sobre la cirugía que se llevará a cabo.

Posteriormente en la consulta pre-anestésica, un mes antes de la cirugía, se procede a la firma del consentimiento informado de los riesgos que comporta la anestesia que se le administrará durante el acto quirúrgico.

El consentimiento informado, en adelante CI, es un proceso en el que los pacientes dan su libre conformidad, voluntaria y consciente, manifestada, en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud (COMB, 2008).

El titular del derecho a la información son los pacientes, no obstante también serán informadas las personas vinculadas a ellos por razones familiares o de hecho, en la medida en que el o la paciente lo permitan de forma expresa (Departament de salut i Seguretat Social, 2002).

La información clínica facilitada por el equipo médico responsable forma parte de todas las actuaciones asistenciales y tiene por objetivo dar soporte para la toma de decisiones de forma libre y comprensible.

La información facilitada a los pacientes ha de garantizar que entienden y aceptan el procedimiento médico y sus riesgos potenciales con la antelación suficiente.

- **La figura del TSS en el proceso**

Esta cirugía que a corto plazo mejora la movilidad y la calidad de vida provoca un incremento de la dependencia del paciente en las primeras semanas post intervención quirúrgica. A pesar de ser una cirugía programada, la pérdida de funcionalidad previa del paciente y la necesidad de cuidados generan una situación de crisis personal y familiar, la mayoría de veces provocada por la falta de información previa, previsión y reorganización de cuidados.

Si bien es una cirugía programada en la que los pacientes y sus familiares reciben información por parte de los profesionales que les asistirán, desde la unidad de trabajo social sanitario de nuestro hospital constatamos que en ocasiones ésta es insuficiente y es requerida nuestra intervención a demanda, de forma reactiva, cuando los pacientes, en el momento del alta, plantean dificultades de retorno al domicilio.

Tal como comenta Dolors Colom la enfermedad, en nuestro caso, la intervención programada de prótesis de rodilla, rompe los fundamentos básicos de la autonomía de las personas apartándolas de forma temporal o indefinida, parcial o total de su proyecto vital (Colom, 2008).

Los profesionales de trabajo social sanitario intervendrán en este terreno de la fragilidad y la vulnerabilidad humana de acuerdo con el conocimiento adquirido y generado, mediante las técnicas adecuadas.

Los profesionales de trabajo social somos los únicos que tradicionalmente integramos la información sanitaria y la psicosocial, e integramos y contextualizamos la información social de la personas.

En la intervención profesional, con las familias, es necesario considerar la evaluación del trabajador y trabajadora social como fundamental, se debe explorar como afrontar la realidad de las familias, cuál es su autopercepción y cuáles son sus dinámicas relacionales (De Fresno García & M. Segado Sánchez Cabezudo, 2013).

Éstos profesionales tratan los aspectos psicosociales de las personas que son intervenidas de PTR y como ésta cirugía afecta de forma temporal a sus vidas y a la de sus familias, ayudando a las personas a ayudarse temporalmente y a reorganizar su dinámica familiar.

El objetivo del profesional es adaptarse a cada una de las situaciones familiares, ayudar a las familias y reforzar las identidades individuales, necesidades y objetivos de cada familiar. Se debe recordar que las familias tienen recursos propios y que estos suelen estar poco explorados (Guerrini, 2009).

La atención proactiva de los profesionales de trabajo social sanitario mediante programas de planificación del alta, evaluaciones multidisciplinares, coordinación de servicios, etc. ha demostrado que reduce la estancia hospitalaria (Liebergall M, 1999) y mejora la calidad asistencial.

El objetivo final sería mejorar la calidad de atención dada a estos pacientes mediante la intervención proactiva desde el TSS proponiendo el diseño de un protocolo de atención que contemple los aspectos psicosociales de estos pacientes, y como afecta a su vida ésta cirugía, y les permita una adecuada reorganización familiar, así como la reducción de costes sanitarios innecesarios.

Para ello exploraremos mediante entrevistas a todos los agentes implicados, equipo de traumatología, pacientes, familiares y personal de enfermería, la información que es necesario conocer, las dificultades que pueden aparecer durante la intervención y posterior rehabilitación, y determinaremos en que momento del proceso interviene el profesional de trabajo social por programa.

## ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se realizará en el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona empleando la metodología cualitativa.

Se trata de un estudio inductivo a pequeña escala, en el que se pretende conocer la realidad desde el punto de vista de las propias personas que han pasado o tienen que pasar por un proceso de PTR, dando importancia al valor que ellos dan a su propia experiencia. Se pondrá especial interés al significado de la información buscando captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo.

El estudio pretende la comprensión más que la diferenciación produciendo datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (Bogdan, 1986).

## VARIABLES

Por un lado se han analizarán las variables demográficas y las condiciones de vida que nos permiten una foto sencilla de la muestra seleccionada.

Paralelamente se estudiarán las necesidades biopsicosociales de las personas que son sometidas a un proceso de colocación de PTR. A tal efecto se realizó mediante entrevista abierta semi-estructurada las siguientes dimensiones:

- o Información que reciben los pacientes referente a la anestesia
- o Información referente al ingreso en el hospital
- o Información referente al consentimiento informado
- o Alta y días de ingreso
- o Pérdida funcional tras la cirugía
- o Dolor post-quirúrgico
- o Información que consideran necesaria proporcionar a futuros pacientes
- o Vivencias y experiencias
- o Dificultades al alta

## POBLACIÓN

La población de estudio son las personas mayores de 65 años, diagnosticadas de artrosis de rodilla que están en lista de espera para colocación de PTR, hospitalizadas para la intervención o que ya han sido protetizadas; atendidas por el Servicio de Traumatología del HUGTIP de Badalona.

El criterio de exclusión es la negativa a participar en el estudio, tener deterioro cognitivo o padecer alguna alteración del estado mental en el momento de la entrevista en profundidad que impida en correcto desarrollo de la misma.

Se elaboró un modelo de consentimiento informado para la participación en el estudio.

Los datos recogidos han sido almacenados y protegidos siguiendo las normas de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.

## DISEÑO DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se ha realizado mediante muestreo no probabilístico accidental, dado que este es el que más se ajusta a nuestras necesidades y circunstancias durante el estudio.

Para este estudio se han seleccionado todos los pacientes mayores de 65 años que están ingresados de forma programada en el servicio de traumatología (ubicado en la tercera planta del hospital general) para PTR durante las semanas que dura el estudio de campo.

El estudio incluirá pacientes de ambos sexos, siendo estos mayores de 65 años, independientemente de la procedencia y el tiempo de espera para la cirugía, intentando aportar al estudio las voces que se correspondan con el mayor abanico de situaciones y colectivos posibles, intentando recoger la diversidad del discurso.

Mediante el muestreo se intentan plasmar las diferentes dimensiones de la información que puede influir en la comprensión del discurso por parte de los pacientes.

El tamaño de la muestra será entre 15-20 pacientes aproximadamente, dependiendo de las cirugías que se programen durante las semanas que dure el estudio de campo.

La técnica utilizada para la recogida de información será la entrevista semiestructurada.

Para ello se elaborará un guion con la información relevante que deseamos obtener. Se recogerán también datos estadísticos de las personas entrevistadas.

### **Análisis de resultados**

En este apartado se van a mostrar los resultados obtenidos en el trabajo de investigación durante el periodo de mayo a junio 2015.

Consiste en cuatro partes diferenciadas:

1. Se ha solicitado información al servicio de traumatología del hospital del proceso que siguen los pacientes que se operan en el hospital de PTR.
2. Se han realizado entrevistas a 14 pacientes y familiares de personas que han sido intervenidas en nuestro hospital durante el periodo de realización del estudio
  - 2.1 Datos demográficos
  - 2.2 Aspectos relacionados con la información facilitada a los pacientes y familiares.
3. Se han realizado entrevistas a los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial de PTR:
  - 3.1 Equipo de enfermería de planta de traumatología
  - 3.2 Fisioterapeuta de planta de traumatología
4. Se ha participado mediante observación directa en la consulta externa de PTR de uno de los traumatólogos que intervienen en el proceso (opera).

### **PROCESO ASISTENCIAL**

En el hospital existe desde septiembre de 2013 una trayectoria clínica de prótesis de rodilla que incluye todos los pasos que se deben dar para conseguir un buen resultado clínico.

Es una trayectoria con visión Fast Track que pone el foco en la movilización precoz postquirúrgica para disminuir los riesgos clínicos y conseguir la reincorporación inmediata a las actividades cotidianas.

El programa Fast Track dibuja un mapa asistencial desde el momento en que el paciente se incluye en lista de espera hasta el alta definitiva.

El circuito es el siguiente:

- Inclusión en lista de espera
- Pruebas preoperatorias
- Visita prequirúrgica
  - o Preanestesia
  - o Visita unidad de hospitalización domiciliaria
  - o Educación del proceso asistencial y rehabilitación
- Ingreso hospitalario
- Intervención quirúrgica
- Alta
- Rehabilitación domiciliaria

## ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS

De las entrevistas semiestructuradas a pacientes y familiares se han extraído una serie de datos y temas para poder analizar e interpretar los resultados en función de los objetivos de nuestra investigación.

### • Perfil de pacientes: Datos demográficos y condiciones de vida

En cuanto al perfil demográfico de los pacientes entrevistados el primer dato importante a destacar es el género de los afectados: observamos un número significativamente mayor de mujeres, un 71% sobre 29% de hombres.

En cuanto a la edad, la muestra es bastante homogénea en hombres y mujeres. Cabe destacar que no se realizan PTR en pacientes menores de 65 años, dato que en principio parece lógico, ya que la necesidad de intervención quirúrgica se debe a la artrosis de la articulación producida por la edad; ni en pacientes mayores de 85, edad que ya se considera avanzada para este tipo de cirugía.

En relación a los ingresos económicos se han tenido en cuenta los de la unidad familiar. El 65% tienen ingresos inferiores a 800 euros, y el 29% no sobrepasa los 500. Éstos son datos relevantes ya que si los pacientes necesitaran el soporte de un trabajador o trabajadora familiar privado al alta del hospital, para cubrir las primeras semanas post-hospitalarias en las que hay mayor dependencia, no sería factible que asumieran los costes del servicio.

En relación a la convivencia los datos muestran que el 43% viven solos, y el 57% acompañados, ya sea por la propia pareja o en alguno de los casos con alguno de sus descendientes.

Es un dato determinante en el momento del alta hospitalaria ya que, la mayoría de los pacientes que son operados en el hospital son dados de alta con el servicio de hospitali-

zación domiciliaria, aproximadamente a los tres días de ingreso. Este servicio médico se encarga de hacer el seguimiento en el domicilio post alta, retirar las grapas y comprobar que no existen complicaciones clínicas.

Es un requisito indispensable para poder acceder a este servicio el no vivir solo.

Si sumamos la pérdida funcional a la convivencia y el destino al alta, observamos que el 35,7% van a Centro Sociosanitario (en adelante CSS) al alta hospitalaria, que son casi los mismos que viven solos antes de ingresar en el hospital.

Éste parece ser el único ítem que determina el destino, independientemente de que tengan hijos o no ya que en estos casos los hijos están en edad laboral y no pueden reorganizarse para atender a su familiar en el momento del alta.

La existencia de una persona que se encargue de los cuidados del paciente será determinante en el momento del alta hospitalaria por dos motivos:

1. El o la paciente es parcialmente dependiente y después de la cirugía necesitará soporte para realizar las actividades básicas (comer, vestirse, higiene personal, y deambular), y las instrumentales, que no podrá realizar durante las primeras semanas (comprar, preparar comida, utilizar transporte público, actividades domésticas)
2. Es requisito imprescindible tener una persona cuidadora al alta hospitalaria para ser asumido por el servicio de hospitalización domiciliaria.

El estado funcional de los pacientes se ha medido con una escala validada: Índice de Barthel que mide las actividades básicas de la vida diaria (capacidad de vestirse, deambular, comer, continencia, subir escaleras e higiene). A mayor autonomía mayor puntuación.

Todos los pacientes presentan un estado funcional previo a la cirugía muy bueno, son autónomos y lo único que precisan es bastón para deambulación fuera del domicilio y en algunos casos muleta.

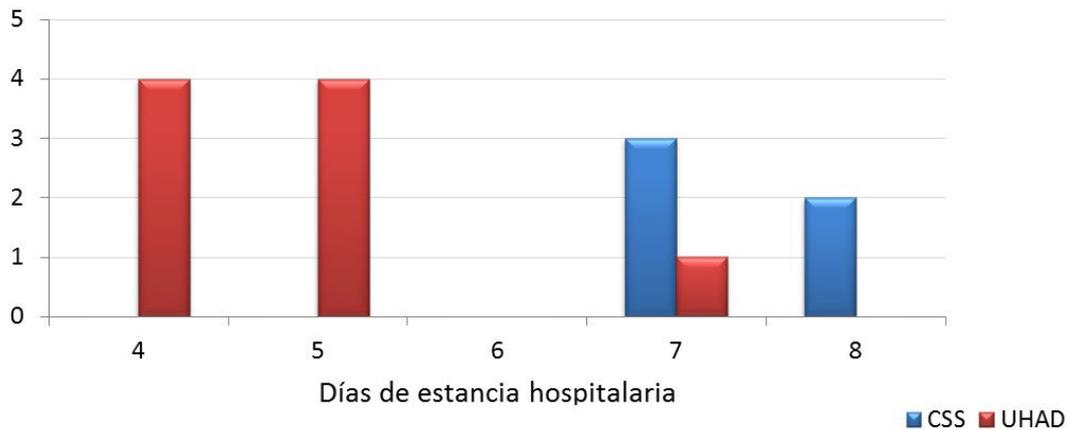
Después de la cirugía existe pérdida funcional en todos ellos de unos treinta puntos aproximadamente en el Barthel, con lo que necesitarán temporalmente ayuda para caminar, higiene, ducha y subir escaleras.

Los días de estancia hospitalaria en relación al destino al alta también es un dato relevante para este estudio.

La estancia esperable en el HUGTIP para un proceso de PTR es de 4-5 días, objetivo que se cumple en el 88,8% de los casos de pacientes que se van al domicilio al alta, y que no sucede en ninguno de los pacientes que se trasladan a CSS siendo la estancia media de 7,2 días.

Los pacientes que viven solos y no disponen de cuidador al alta, son actualmente valorados por el profesional de trabajo social, a requerimiento profesional, dos o tres días después de la cirugía, siendo ya altables del hospital y generando estadas innecesarias.

Dado que el ingreso hospitalario de estos pacientes es tan corto y la manifestación de las dificultades no se produce hasta el día del alta, es necesario poder detectar a este perfil poblacional previo a la cirugía para evitar el incremento de estadas y el malestar del paciente, de los profesionales y del centro hospitalario.



**Figura 3: Días de estancia.**

Fuente: Elaboración propia

- **Información que el paciente tiene del proceso de PTR**

Una vez obtenidos los datos estadísticos se han realizado preguntas abiertas a los pacientes para conocer la información que éstos y sus familiares tienen del proceso, quien se la ha facilitado y en qué términos; qué información tienen sobre el periodo de ingreso, efectos de la anestesia, pérdida funcional y alta.

Los aspectos sobre los que se les interroga tienen que ver con la información previa facilitada por el equipo asistencial referente a:

- o Anestesia
- o Ingreso
- o Consentimiento informado
- o Alta y días de ingreso
- o Pérdida funcional
- o Dolor
- o Información que consideran necesaria proporcionar a futuros pacientes

### INGRESO y ALTA

La mayoría de los pacientes entrevistados coinciden en que no se les facilita información previa del día de ingreso. El traumatólogo les informa sobre la inclusión en lista de espera de cirugía electiva de PTR pero el tiempo de espera es impreciso:

*“La traumatóloga nos dijo que no sabía cuándo nos llamarían que podían tardar entre un mes y un año como máximo” (M.D López, comunicación personal, mayo 2015).*

*“Nos dijeron que antes nos avisarían por carta para hacer una pruebas aquí en el hospital pero que no era seguro cuando. Pienso que dijo que él no tenía mucha lista de espera pero no aclaró el tiempo” (C. Martos, comunicación personal, junio 2015).*

La incertidumbre en cuando al momento del ingreso y el tiempo de espera eleva los niveles de ansiedad en los pacientes; no se observa la misma preocupación en familiares, probablemente porque estos continúan con su rutina habitual, mientras que los pacientes pendientes de cirugía están aquejados por el dolor y la pérdida funcional progresiva.

Tampoco recuerdan si se les informó sobre los días de ingreso, pero sí que les suena que es menor a una semana.

*“No sé bien si me dijeron cuantos días estaría ingresada, pero dijo algo de que era un ingreso corto” (L. Pareja, comunicación personal, mayo 2015).*

*“Pues no recuerdo los días pero creo que dijo que era rápido” (D. López, comunicación personal, mayo 2015).*

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ANESTESIA

El paciente para ser intervenido de PTR debe firmar dos consentimientos informados que son: autorización de la cirugía y autorización de la anestesia

Los pacientes entrevistados recuerdan de forma vaga los riesgos, que en el caso de la cirugía están relacionados con rigidez de la extremidad, rechazo o infección y en el caso de la anestesia están relacionados con alergias.

A ninguno de los pacientes se les entrega copia del documento firmado, ni ellos lo solicitan, básicamente por no considerarlo necesario o por desconocer el derecho de hacerlo.

Todos ellos admiten no haber leído el documento ya que ha sido explicado más o menos exhaustivamente por el profesional

*“No nos dieron una copia, pero tampoco la pedimos, pero sí que nos lo explicaron ¿verdad nena? (la pregunta va dirigida a la hija que está presente en el momento de la entrevista) (S. Guitierrez, comunicación personal, junio 2015).*

*“No recuerdo lo que nos explicaron pero sí que recuerdo que firmé varios papeles, pensaba que era lo mismo” (P. Bravo, comunicación personal, mayo 2015).*

Uno de los pacientes entrevistados, el más joven y de nivel cultural medio lo expresa de la siguiente manera:

*“Era un médico muy serio pero muy correcto y claro en las explicaciones. Me lo explicó como persona, no como médico, todas las palabras que me daba eran claras y entendibles y me preguntó varias veces si tenía dudas o quería preguntar alguna cosa” (C. Valls, comunicación personal, mayo 2015).*

## PÉRDIDA FUNCIONAL

Los pacientes que han de ser operados de PTR sufren inmediatamente posterior a la cirugía una pérdida de movilidad, que en el caso de los pacientes entrevistados es de 30 puntos en el Barthel. Necesitarán ayuda para la higiene, caminar, ducha y subir y bajar escaleras durante semanas y en algunos casos durante algún mes.

La deambulación inicial es con caminador, ayuda técnica que aunque necesaria les ocupará las dos manos durante la bipedestación, en los días posteriores a la cirugía. Esto les impedirá ir a comprar, preparar la comida y conducir.

Este es un cambio muy importante que aunque temporal, afectará a casi todas las actividades de la vida cotidiana, al alta hospitalaria y del que el paciente debería estar informado.

En las entrevistas realizadas se puede comprobar que en la mayoría de los casos no les es facilitada la información por el equipo asistencial:

*“El médico no nos dijo nada pero es de imaginar que después de la operación estaría peor ¿no?”* (S. Palacio, comunicación personal, mayo 2015).

*“Pues no, vimos a muchas personas y me hicieron muchas pruebas pero nadie nos dijo que estaría tan necesitada”* (M. Casado, comunicación personal, mayo 2015).

*“Nadie me explicó nada, ni que estaría peor, ni que me dolería tanto. Parezco una invalida”* (T. Martínez, comunicación personal, junio 2015).

Solo una paciente entrevistada recuerda que el traumatólogo le dio la información sobre la pérdida de función:

*“Me preguntó con quien vivía y al comentarle que con mi esposo le dijo a el que me tendría que ayudar los primeros días cuando saliera del hospital porque necesitaría ayuda y la rehabilitación sería lenta”* (S. Fernández, comunicación personal, junio 2015).

## DOLOR

El dolor en la rodilla acostumbra a ser el principal motivo por el que los pacientes acuden a la consulta médica, siendo también el principal motivo por el que a pesar de sus miedos accede a ser operado.

La persona que es intervenida de PTR llega a la cirugía con dolor más o menos intenso de meses, incluso de años de evolución.

A pesar de ser un síntoma previo, la mayoría de pacientes recuerdan que el equipo médico en consulta externa les informó del dolor posterior a la cirugía, que sería intenso, lo tratarían con fármacos, y que ello no podría ser un impedimento para iniciar la rehabilitación.

*“Me puntualizó que me dolería y que eso era normal pero que no debería impedir que hiciera la rehabilitación que si todo iba bien tendría que comenzar al día siguiente de la operación” (M.D López, comunicación personal, junio 2015).*

*“Me dijo: Recuerde aunque después mejora, los primeros días duele bastante” (T. Martínez, comunicación personal, junio 2015).*

*“No recuerdo que dijera nada del dolor, yo ya tenía mucho y caminaba muy poco. Pero desde la operación duele mucho más, casi no puedo mover la pierna ni doblarla” (F. Jiménez, comunicación personal, mayo 2015).*

*“Me duele todo, la espalda de estar tantas horas en la cama. El culo de estar en esta silla tan incómoda, y la rodilla que parece que me hayan puesto un saco de cemento. No sé qué me duele. Si el médico me lo dijo no lo recuerdo.” (F. García, comunicación personal, junio 2015).*

### INFORMACIÓN QUE DARÍAN

Curiosamente cuando se les pregunta a los pacientes acerca de la información que ellos le darían a una persona que esté a punto de operarse de rodilla, la mayoría dan respuestas similares:

*“Ha ido todo muy bien, que no se preocupen por nada y que hace más daño antes de operarse que en el hospital y que después todavía hará menos daño” (F. Giménez, comunicación personal, junio 2015).*

*“Que no es nada y que todo va muy rápido” (S. Fernández, comunicación personal, junio 2015).*

*“Que estén tranquilos, y que tienen que hacer los que les dicen para que todo vaya bien” (A. Flores, comunicación personal, mayo 2015).*

*“Paciencia que es la madre de la ciencia” (F. García, comunicación personal, junio 2015).*

*“Son todos muy amables en la planta y en quirófano. La operación es muy rápida y aunque no te ponen anestesia total no recuerdas nada. Después de la operación te duele la pierna pero con los calmantes se pasa rápido” (C. Valls, comunicación personal, mayo 2015).*

Todos los pacientes, los que tienen bastante información previa al proceso y los que no, consideran importante dar la siguiente información:

- Tranquilidad respecto al proceso
- Aspectos relacionados con el dolor

En ninguna de las entrevistas realizadas a los pacientes se hace referencia a temas relacionados con la información clínica que son los que a priori al inicio del estudio nos pareció importante que los pacientes conocieran, sobre todo los relacionados con la pérdida funcional y la necesidad de atención al alta hospitalaria.

De la mayoría de las narrativas se puede extraer que la preocupación de los pacientes antes de la cirugía es que todo vaya bien.

La cirugía es percibida como un agente estresor importante que lleva implícito una serie de temores a estos factores hay que sumarle aspectos como la hospitalización, la pérdida de intimidad, etc. que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su intimidad física.

Es importante que en todo momento el paciente establezca una relación de confianza con el equipo asistencial que le permita expresar libremente sus miedos a fin de que puedan ser éstos aclarados, y se les pueda brindar la información necesaria para disminuir el estrés.

- **Entrevista profesionales sanitarios implicados en el proceso**

Una de las enfermeras de planta de traumatología es la encargada de hacer una sesión informativa con todos los pacientes y familiares que han acudido a la consulta pre anestésica de rodilla, que se realiza todos los miércoles por la mañana.

Los pacientes son citados por carta en la que consta la programación a la consulta con el anestesista y con la doctora responsable de hospitalización domiciliaria. La visita es individual y sucesiva, y posteriormente, cuando todos los pacientes han finalizado la doble consulta, son dirigidos a la tercera planta de hospitalización donde una enfermera los reúne en sala común y procede a la explicación.

En la sesión se les entrega un folleto explicativo donde se resume la información facilitada.

Se informa de:

- o Enseres que deben traer al hospital (ropa, higiene personal calzado, etc.)
- o Que no deben traer (joyas y objetos de valor)
- o Ejercicios que deben realizar después de la intervención quirúrgica.
- o Movilización post-quirúrgica: levantarse de la cama, acostarse, sentarse, iniciar la deambulación
- o Recomendaciones para el domicilio sobre higiene personal y prevención de caídas.
- o Signos de alerta en el domicilio que requieren la asistencia a urgencias
- o Curas de la herida quirúrgica
- o Coordinación primaria para retirada de puntos y revisión de la herida
- o Seguimiento hospitalario

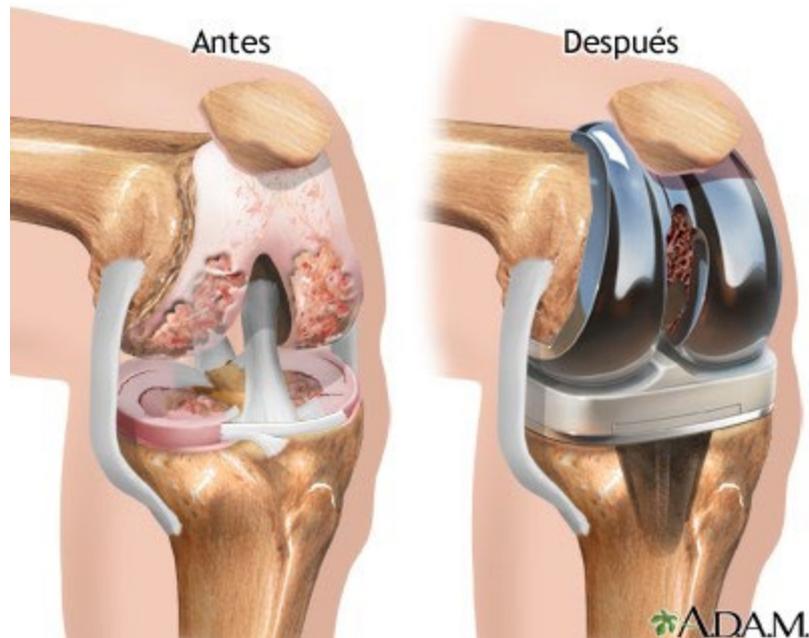
- **Fisioterapia en planta**

La fisioterapeuta asignada al servicio de traumatología realiza una sesión informativa posterior a la de la enfermera de unos treinta minutos de duración.

Dicha sesión tiene lugar en la sala o área terapéutica de la tercera planta (en la que están ingresados los pacientes del servicio de traumatología) dotada con los aparatos y elementos necesarios para llevar a cabo la actividad de rehabilitación de los enfermos operados.

Durante la sesión se les pasa una presentación en power point con la siguiente información:

- o Fotografías de la prótesis que se les colocará y como queda una vez ha sido implantada en la rodilla.



**Figura 4: Imagen de rodilla con gonartrosis y con prótesis total de rodilla después de la cirugía.**

Fuente: <http://aias.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=002974>

- o Ejercicios que deben realizar previos a la cirugía para fortalecer la musculatura que sujetará la prótesis después de la cirugía.
- o Ejercicios que realizarán durante el ingreso en el hospital. Los realizados en la habitación y los que realizarán posteriormente en la misma sala que ocupan en el momento de la sesión informativa.
- o Ejercicios posteriores al alta hospitalaria y las medidas de prevención para evitar lesiones.

- **Observación consulta externa de traumatología**

En el HUGTIP existe un equipo de traumatólogas y traumatólogos especializados en rodilla que son los encargados de la cirugía de PTR entre otras afecciones de la misma.

El objetivo de la entrevista con estos profesionales es conocer la información que se da a los y las pacientes y familiares sobre el proceso previo a la intervención. Para ello se diseñó una entrevista semiestructurada.

Al plantear nuestro objetivo a uno de los traumatólogos del equipo, éste nos ofreció la posibilidad de asistir como observadora en la consulta externa monográfica que él realizaba con los pacientes para obtener todos los datos e informaciones que nos fueran relevantes para el estudio.

## **RESULTADOS:**

El día de la consulta fueron visitados pacientes afectados de problemas de rodilla que estaban en diferentes fases del proceso:

- Pacientes que acuden por primera vez a consulta del traumatólogo del hospital derivados por el médico de atención primaria con dolor en la articulación que no responde a analgesia ni a tratamiento antiinflamatorio.

A estos pacientes se les realiza la anamnesis, la exploración física de la rodilla y se les programan pruebas de imagen para valorar el deterioro de la articulación.

Se les cita para una consulta externa posterior a las pruebas y se les modifica el tratamiento del dolor si el que llevan no es efectivo.

Dado que el traumatólogo no puede emitir el diagnóstico hasta completar el estudio, no da información al paciente sobre el proceso y los pasos que se realizarán en el futuro.

- Pacientes afectados de dolor en la rodilla con pruebas de imagen ya realizadas (normalmente radiografía de rodilla).

En el momento de la consulta el traumatólogo valora las pruebas y decide si es tributario de cirugía electiva (que no es urgente y se puede programar) y entra en lista de espera, o si se descarta dicho procedimiento por otro más adecuado a la patología del paciente.

A los pacientes que son incluidos en lista de espera se les informa del proceso en la misma consulta.

La información facilitada el día que participé como observadora fue:

- o Se le explica al paciente que padece gonartrosis (artrosis de rodilla) y que es necesaria la cirugía para reducir el dolor y mejorar la deambulación.
- o La intervención se hace normalmente con anestesia regional pero es el anestesista el que lo valora.
- o La operación consiste en reemplazar la articulación de rodilla por una prótesis (una articulación artificial) hecha de metal y plástico.
- o La prótesis va fijada al hueso con un cemento óseo especial que evita rechazo e infecciones.
- o La cirugía dura aproximadamente dos o tres horas
- o El ingreso hospitalario es el mismo día de la cirugía, es corto, y el alta si no hay complicaciones es al tercer o cuarto día de la cirugía.

La información es muy técnica, aunque no por ello poco detallada.

Si el paciente acepta ser operado firma el consentimiento informado conforme entra en lista de espera, previa explicación del equipo médico de los riesgos de la intervención quirúrgica.

Ninguno de los pacientes visitados leyó el consentimiento informado posterior a la explicación del traumatólogo; solo dos pacientes solicitaron información sobre el tiempo de espera de la cirugía.

## Conclusión – Discusión

La artrosis de rodilla es una enfermedad crónica degenerativa y de alta prevalencia en personas mayores de 65 años; provoca dolor y pérdida de movilidad, y en fases avanzadas es necesaria la cirugía para recuperar la calidad de vida.

En los últimos años, debido al envejecimiento de la población, se ha producido un incremento de ingresos hospitalarios para cirugía electiva de prótesis de rodilla, y en paralelo, un incremento de pacientes con dificultades de retorno al domicilio por falta de cuidador.

La falta de previsión y de reorganización de cuidados genera malestar en pacientes y personal, así como en la institución sanitaria, que ve como se le disparan las estadas hospitalarias innecesarias.

La intervención proactiva del trabajador social sanitario puede paliar este desajuste, pero para ello es necesario conocer:

1. Que información es necesario facilitar a los pacientes que les permita una adecuada reorganización familiar.
2. En qué momento del proceso es necesaria la intervención proactiva del trabajador social sanitario, y que perfil de pacientes se han de atender.

Para llevar a cabo la investigación hemos realizado entrevistas abiertas semiestructuradas a 14 pacientes ingresados en el hospital para cirugía electiva de PTR y a 3 profesionales que participan en el circuito asistencial: traumatólogo, enfermera y fisioterapeuta. Obteniéndose los siguientes resultados:

- Referente a la información facilitada a los pacientes, se constata, que ésta es recogida e integrada de diferente manera en función de su nivel cultural, y del estado emocional en el momento de la consulta. Los pacientes que acuden solos a la consulta con el equipo de traumatología presentan mayor nivel de ansiedad, y no son capaces de comprenderla ni de retenerla.
- La manera como se recibe la información marca considerablemente la capacidad de comprenderla y poder afrontarla. Desde el trabajo social sanitario observamos como las personas y sus familiares viven los problemas de salud y como los afrontan. En la medida que no comprenden la enfermedad y las consecuencias que la cirugía les reportará no pueden prever y reorganizar el cuidado.

Este aspecto representa un problema en los pacientes que viven solos independientemente del sexo, edad, barreras arquitectónicas, etc. ya que la pérdida funcional temporal ocasionada por la cirugía impide el retorno al domicilio en las mismas condiciones; y los tiempos de ingreso (tres o cuatro días) no permiten la reorganización familiar para el cuidado de los mismos.

- A pesar de que ninguno de los pacientes hace referencia, al interrogarles sobre la información previa necesaria a temas relacionados con la clínica, la pérdida funcional o los riesgos de la cirugía, el desconocimiento de los mismos genera en algunos casos desajustes en el funcionamiento hospitalario, y malestar en pacientes y familiares en el momento del ingreso al ser presionados por el equipo médico para aceptar el alta.

Todo ello nos lleva a afirmar que es necesaria la detección y valoración precoz de los pacientes que viven solos y han de ser operados de PTR a fin de facilitar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.

- La información que el paciente considera más importante es la referente al dolor y a los tiempos de recuperación funcional y rehabilitación. Es necesario que el traumatólogo se centre en este tema o que se incorpore en el documento escrito que enfermería facilita a los pacientes el día de la reunión informativa.

A lo largo de la investigación hemos conocido también el circuito asistencial, Fast Track de rodilla por el que pasan los pacientes desde la inclusión en lista de espera para cirugía electiva de rodilla, hasta el alta definitiva.

En el momento de la indicación quirúrgica el traumatólogo incluye al paciente en el circuito con la consecuente inscripción en lista de espera para intervención.

Por otro lado hemos constatado en el estudio que la mayoría de pacientes que viven solos presentan dificultades de retorno al domicilio una vez han sido intervenidos.

**Esto nos lleva a determinar que la inclusión del trabajador social en el proceso ha de ser en la consulta preanestésica monográfica de rodilla, semanas previas a la cirugía.**

Si el paciente vive solo se deberá programar visita con el trabajador social sanitario, en el caso contrario con la unidad de atención domiciliaria.

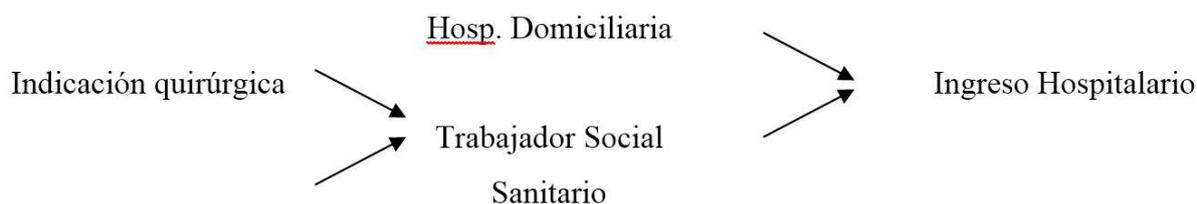


Figura 5: Esquema del circuito que debe seguir el paciente. Fuente: elaboración propia

Si desdoblamos la consulta preanestésica reducimos el gasto hospitalario puesto que los pacientes que viven solos no deberían ser visitados previamente por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, al no poder ser incluidos en su servicio al alta, ahorrando así al sistema sanitario un gasto innecesario.

De esta manera adelantamos también la valoración del profesional de trabajo social sanitario permitiendo así una adecuada reorganización personal y familiar, o en el caso de que no sea posible, y partiendo del diagnóstico social sanitario, una previsión de recursos socio-sanitarios al alta hospitalaria consiguiendo así reducir las estadas hospitalarias innecesarias.

## Propuestas de intervención

El estudio realizado nos brinda la oportunidad de conocer el perfil de pacientes que son atendidos en nuestro hospital para la realización de cirugía electiva de Prótesis Total de Rodilla; qué circuito siguen y cuáles son las dificultades que se les plantean durante el proceso, pudiendo así promover alternativas de intervención aplicadas a la práctica social para resolver las carencias detectadas.

Estas podrían ser:

- Integrar la figura del trabajador social sanitario dentro del equipo multidisciplinar de atención a pacientes con artrosis de rodilla.
- Promover la intervención proactiva a través de la implementación de un protocolo de atención de trabajo social sanitario a pacientes afectados de artrosis de rodilla (Esta propuesta se desarrolla más adelante)
- Establecer un plan de difusión del servicio de trabajo social sanitario, concretamente del protocolo de atención entre los profesionales implicados.
- Establecer líneas de coordinación sociosanitarias para agilizar el alta de los pacientes que no pueden retornar al domicilio tras la cirugía.
- Realizar evaluación continua del protocolo estableciendo los cambios necesarios para adaptarse a las nuevas realidades que acontezcan.
- Poner en marcha un programa de paciente experto que pueda incorporarse a la consulta previa para que pueda transmitir sus conocimientos y experiencias y así disminuir el nivel de ansiedad que provoca la cirugía electiva en los pacientes.
- Establecer un registro monográfico de pacientes y diagnósticos sociales sanitarios para realizar estudios científicos y poder hacer difusión de los resultados

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

### **1. TÍTULO**

#### **PROTOCOLO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA MAYORES DE 65 AÑOS**

### **2. POBLACIÓN DIANA**

Pacientes en lista de espera para cirugía electiva de prótesis total de rodilla que viven solos y no dispondrán de cuidador al alta hospitalaria

### **3. OBJETIVO GENERAL**

- o Identificar de forma precoz los pacientes que han de ser operados de prótesis total de rodilla que vivan solos para facilitar una adecuada reorganización familiar o en caso de no ser posible gestionar recursos socio sanitarios
- o Optimizar los recursos del sistema sanitario reevaluando periódicamente la adecuación de los programas y servicios utilizados con el fin de proponer alternativas de mejora

### **4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

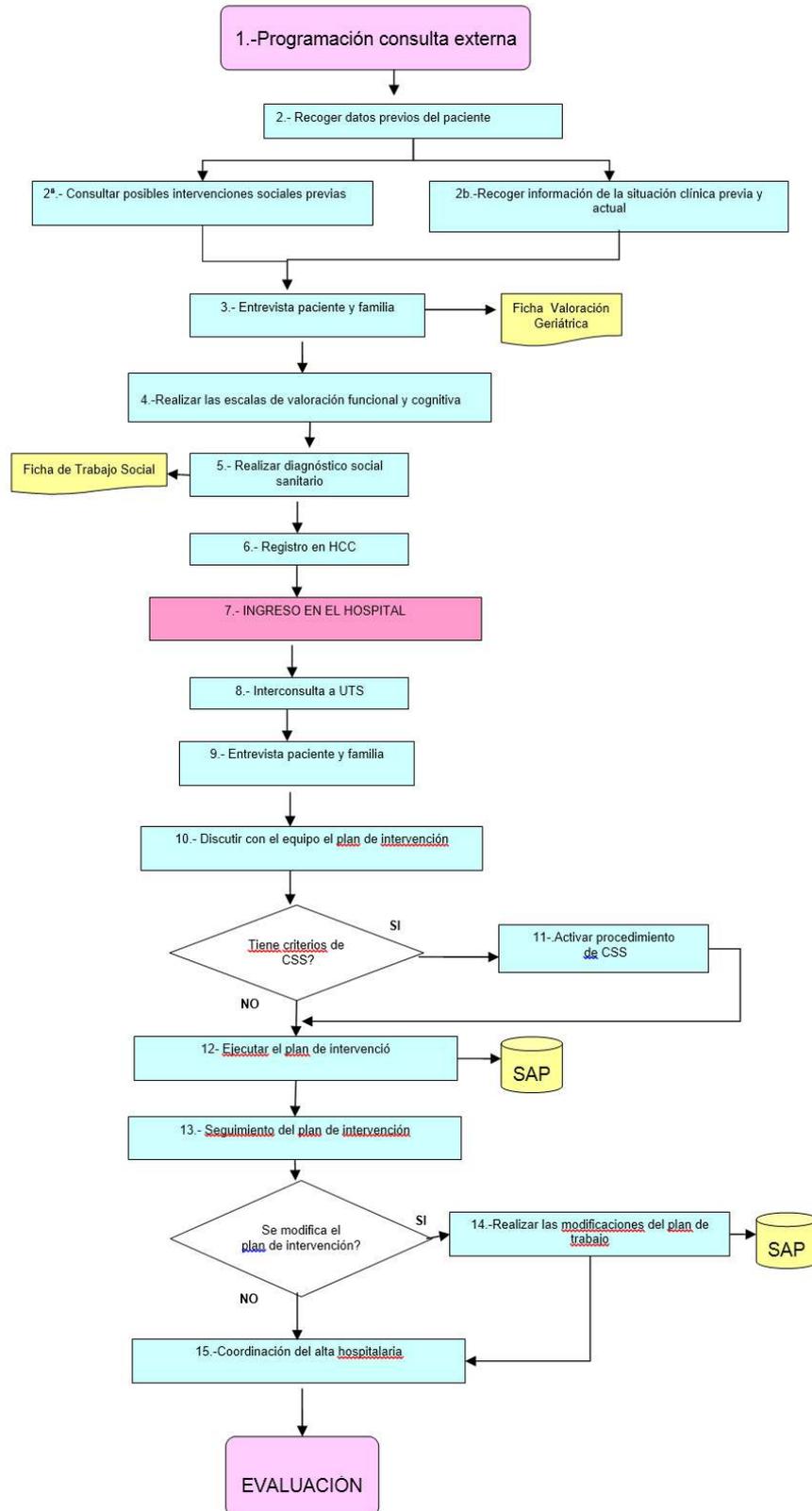
- o Realizar un plan de trabajo social sanitario respaldado por el diagnóstico social sanitario.
- o Apoyar a las personas y sus familias en el retorno al domicilio siempre que sea posible.
- o Gestionar todos los equipamientos y ayudas para facilitar la autonomía y la rehabilitación reforzando redes familiares y sociales.
- o Minimizar el reingreso hospitalario por falta de apoyo social al alta.
- o Evitar las estancias hospitalarias no médicas.
- o Generar una base de datos de información psicosocial vinculada a la información médica que permita realizar estudios poblacionales y adelantarse a determinados fenómenos.

### **5. ACTIVACIÓN**

La activación del protocolo se hará mediante la programación a consulta externa de los pacientes que son incluidos en lista de espera de cirugía electiva de Prótesis Total de Rodilla que viven solos.

La detección la hará el traumatólogo de referencia en consulta externa en el momento de la inclusión a la lista de espera.

6. DIAGRAMA



## 7. PROTOCOLO

### 1.- Programación consulta externa

La demanda para solicitar la intervención de Trabajo social sanitario se hará mediante programación de consulta externa a la UTS a través del sistema informático del hospital (SAP). Como el protocolo se ha presentado en sesión ante el gerente y el servicio de traumatología, todo el equipo de traumatólogos sabe que hay que programar visita preanestésica con paciente pendientes de cirugía de rodilla que viven solos con la UTS.

### 2.- Recogida de datos previo al diagnóstico social

Para la recogida de datos personales se iniciará la complementación de la ficha de trabajo social.

Para el inicio de la intervención social será importante conocer:

- 2a Intervenciones sociales previas al ingreso: se consultará la HCC del hospital y de primaria
- 2b Recoger información de la situación clínica previa y actual del paciente.

### 3.- Entrevistas con el paciente y la familia

Se realizarán diferentes entrevistas para recoger la información referida al paciente y su entorno más próximo, todas las que se consideren necesarias para conocer el tipo de soporte formal e informal que dispone y dispondrá en el momento del alta hospitalaria según las necesidades detectadas y manifestadas.

### 4.- Realizar escalas de valoración funcional y cognitiva

Conocer el estado cognitivo y funcional del paciente en el momento actual y previo a la cirugía de rodilla mediante las escalas de valoración geriátrica integral (VGI) Barthel, Pfeiffer, OARS, Emina, ...

### 5.- Diagnóstico social sanitario

Se elaborará un primer diagnóstico social que permitirá al trabajador social establecer las hipótesis de trabajo a seguir.

### 6.- Registro en HCC

Se dejará constancia en la historia clínica compartida del diagnóstico social sanitario y de la necesidad de nueva valoración social en el momento del ingreso para cirugía electiva de prótesis de rodilla

### 7-8.- Ingreso hospitalario e interconsulta a la UTS

En el momento del ingreso del paciente el traumatólogo de referencia realizará inter consulta a la Unidad de Trabajo social para intervenir precozmente.

#### 9.- Entrevistas con el paciente y la familia

Se realizarán nuevas entrevistas al paciente y su entorno más próximo, y se reevaluará el tipo de soporte formal e informal que dispone y dispondrá en el momento del alta hospitalaria según las necesidades detectadas y manifestadas y se pactará un plan de trabajo.

#### 10.- Discutir y elaborar conjuntamente con el equipo un plan de intervención socio sanitario

En la reunión semanal con el equipo de traumatólogos, se expondrá al equipo los objetivos de intervención social, según el diagnóstico social sanitario y de manera consensuada se establecerán los procesos terapéuticos necesarios (sociales y sanitarios) para asegurar la continuidad asistencial y la mejora de la situación social del paciente en el momento del alta hospitalaria.

#### 11.- Activar procedimiento de CSS

En el caso de que el equipo valore que el paciente es tributario de ingreso en Centro Socio-sanitario, así como la aceptación previa de paciente y familia, se activará el procedimiento correspondiente.

#### 12.- Ejecutar el plan de intervención

Se ejecutará el plan de intervención previo acuerdo con paciente, familia y equipo asistencial. Se dejará constancia del diagnóstico social sanitario y del plan de trabajo en la histórica clínica del paciente (SAP).

#### 13.- Seguimiento del plan de intervención

Periódicamente se revisará la evolución del paciente y se acompañará al paciente en su estada hospitalaria. La comunicación con el resto del equipo es básica para conocer los cambios en el diagnóstico médico que pueden alterar el pronóstico o cambios en el diagnóstico social sanitario modificando el proceso el tratamiento social.

Se mantendrán las entrevistas necesarias con la finalidad de potenciar los recursos personales del paciente y su familia y se orientaran en las dificultades que surjan.

#### 14.- Modificación del plan de intervención social

Siempre que sea necesario se modificará el plan de intervención social y se registrarán dichos cambios en la historia clínica del paciente.

#### 15.- Coordinación del alta hospitalaria del paciente

Se realizarán las coordinaciones necesarias al alta hospitalaria para garantizar el continuum asistencial.

- **Registro del destino del paciente al alta del hospital:** En la historia clínica informatizada del paciente se registrará el destino y las coordinaciones realizadas.
- **Registro de la valoración social del paciente:** Se registrará toda la información de la valoración del paciente en el programa informático específico de Trabajo Social Hospitalario (SIUAC) para garantizar la coordinación social, obtener estadísticas evaluativas que permitan realizar estudios y publicaciones.

## 16.- Evaluación

Periódicamente se evaluarán los resultados obtenidos con el objetivo de elaborar nuevos programas de intervención.

## Bibliografía

- Bogdan, T. y. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y Práctica*. Barcelona: Siglo XXI.
- COMB. (2008). El consentiment informat. La presa de decisió informada del pacient. *Quaderns de Bona Praxi*, 4-18.
- De Fresno Garcia, M., & M. Segado Sánchez Cabezudo, R. (2013). . *Trabajo social con familias: los estilos familiares como indicadores de riesgos, una investigación etnográfica*. *Portularia XII* 36-46. Obtenido de [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6739/Trabajo\\_social\\_con\\_familias.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6739/Trabajo_social_con_familias.pdf?sequence=2)
- Departament de salut i Seguretat Social. (2002). *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Obtenido de [http://www.pssjd.org/SiteCollectionDocuments/usuaris\\_drets\\_deures\\_gencat.pdf](http://www.pssjd.org/SiteCollectionDocuments/usuaris_drets_deures_gencat.pdf)
- Departament de Salut, G. d. (2008). *Activitat assistencial de laxarxa sanitaria de Catalunya*. *CMBD*. Barcelona.
- Gordillo, F. e. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica de Medicina Familiar*, 228.
- Gracia San Roman FJ, C. D.-S. (2006). *Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en atención primaria*. Madrid: UETS Agencia Latin EStaralgo.
- Guerrini, M. (2009 de 2009). La intervención con familias desde el Trabajo Social. *Margen*. *Margen*, 1-9. Obtenido de <https://www.margen.org/suscri/margen56/guerrini.pdf>
- INE. (16 de 06 de 2015). *Estimaciones intercensales de población 2002-2010. Estimaciones de población actual 2011-2049*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/graficosdinamicos/graficos/piramide-espanya.html>
- Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada*. Alma Lepik.
- Liebergall M, S. V. (1999). *Department of Orthopedics, Hadassah University Hospitals, Jerusalem, Israel. Clinical Performance and Quality Health Care*. Obtenido de <http://euro-pepmc.org/abstract/med/10351588>
- Marti-Valls J, A. J. (2000). Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de rodilla en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin*, 114 Suppl 2:34-9.
- Reumatología, F. e. (2005). *¿Qué es la artosis de rodilla*. Obtenido de <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-de-rodilla/>
- Rodriguez JC, G. E.-C. (2001). El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de bioética*, 12:367-78.

- Surbone. (2013). La artrosis de rodilla es la mayor causa de discapacidad en edad avanzada. . *Cirugía ortopédica y traumatológica*.
- Weisser, T. G. (15 de 05 de 2015). *Instituto traumatológico Dr. Teodoro Gebaver Weisser. Guía para pacientes*. Obtenido de . <http://www.intraumatologico.cl/contenido/436/reemplazo-total-de-rodilla-guia-pata-pacientes>
- Departament de Salut, G. d. (2008). *Activitat assistencial de laxarxa sanitaria de Catalunya*. CMBD. Barcelona.
- Gordillo, F. e. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista clínica de Medicina Familiar*, 228.
- Gracia San Roman FJ, C. D.-S. (2006). *Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en atención primaria*. Madrid: UETS Agencia Latin EStaralgo.
- INE. (16 de 06 de 2015). *Estimaciones intercensales de población 2002-2010. Estimaciones de población actual 2011-2049*. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/graficosdinamicos/graficos/piramide-espanya.html>
- Levine, P. A. (2013). *En una voz no hablada*. Alma Lepik.
- Marti-Valls J, A. J. (2000). Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de rodilla en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin*, 114 Suppl 2:34-9.
- Reumatología, F. e. (2005). *¿Qué es la artrosis de rodilla*. Obtenido de <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artrosis-de-rodilla/>
- Rodríguez JC, G. E.-C. (2001). El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. *Cuadernos de bioética*, 12:367-78.
- Surbone. (2013). La artrosis de rodilla es la mayor causa de discapacidad en edad avanzada. . *Cirugía ortopédica y traumatológica*.
- Weisser, T. G. (15 de 05 de 2015). *Instituto traumatológico Dr. Teodoro Gebaver Weisser. Guía para pacientes*. Obtenido de . <http://www.intraumatologico.cl/contenido/436/reemplazo-total-de-rodilla-guia-pata-pacientes>