

**LA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA  
DE FELANITX, UN NOU MODEL D'ATENCIÓ  
A LES PERSONES GRANS**

---

## **La Unitat de Convalescència de Felanitx, un nou model d'atenció a les persones grans**

Sofia Alonso Bigler

Apolonia Vanrell Pons

Maria Dolors Taberner Ferrer

Alejandra Mejía Benard

---

## Resum

La Unitat de Convalescència de Felanitx es va posar en marxa l'abril de 2016, sis mesos després de la seva planificació per part de l'IBSALUT i l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Aquesta coordinació ha permès posar damunt la taula la necessitat de replantejar els models d'atenció a les persones grans i dirigir-los a un model integral i adaptat a les necessitats de les persones.

Aquest capítol vol ser el reflex d'un any de vida de la Unitat, al llarg del qual hi han estat ateses persones grans amb malalties cròniques i amb situació de dependència, en què se'ls ha oferit un espai fora de l'entorn hospitalari, cosa que ha permès una millora funcional de la persona, una reducció dels dies d'ingrés hospitalari en places d'aguts, quan ja no es necessita aquest tipus d'assistència, i la realització d'una valoració geriàtrica integral, que suposa una intervenció més individualitzada, a més s'ha donat suport a la persona i la seva família en tot el procés.

## Resumen

La Unidad de Convalecencia de Felanitx se puso en funcionamiento en abril de 2016, después de seis meses de planificación por parte del IBSALUT i el Instituto Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Esta coordinación ha permitido poner sobre la mesa la necesidad de replantear los modelos de atención a las personas mayores y dirigirlos hacia un modelo integral y adaptado a las necesidades de las personas.

Este capítulo pretende ser un reflejo de un año de vida de la Unitat, a lo largo del cual han sido atendidas personas mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia, en el que se les ha ofrecido un espacio fuera del entorno hospitalario que ha permitido una mejora funcional de la persona, reducir los días de ingreso hospitalario en plazas de agudos, cuando la persona no requiere este tipo de asistencia, y realizar una valoración geriátrica integral, que supone una intervención más individualizada, además de apoyar a la persona y su familia en todo el proceso.

---

## 1. Introducció

A les illes Balears, igual que a la resta de comunitats autònomes, l'evolució demogràfica mostra una tendència cap a l'envelliment de la població, com a conseqüència d'una disminució de la mortalitat, la disminució també de la natalitat i un increment de l'esperança de vida, que ve condicionat per la millora i els avenços científics de la medicina.

Segons dades extretes de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears, la població de persones de més de 65 anys suposa el 18,4% de la població general (el 2015), amb una tendència a l'augment considerable. Aquest envelliment demogràfic suposa la presència d'un percentatge molt elevat de persones que presenten malalties cròniques, malalties que tenen més prevalença en les persones grans i que suposen un deteriorament progressiu, lent i continuat de la persona, i que provoquen una disminució gradual de l'autonomia i la capacitat funcional.

Ens trobam, doncs, que molts dels ingressos hospitalaris estan relacionats directament amb la cronicitat d'aquestes malalties. S'ha de tenir en compte que aquests ingressos es repeteixen en el temps, la qual cosa suposa una disminució de l'autonomia de les persones i també que retornin al seu domicili més fràgils, amb necessitats de més atenció per part de la persona cuidadora. S'evidencia la necessitat de més recursos de caire social i sanitari i de suport més continuat al familiar cuidador.

Estam davant canvis importants en la població més gran de 65 anys, davant els quals es fa necessari plantejar noves organitzacions en l'àmbit social i també en l'àmbit sanitari (que fins ara ha estat orientat als pacients aguts que requereixen hospitalització). De fet, l'OMS, el 2005 va aconsellar iniciar polítiques de salut per afrontar la cronicitat, tot introduint nous models d'atenció integrada, multidisciplinària i orientada a les necessitats de les persones i a promoure la prevenció de la malaltia («Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital», 2005).

L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), tenint en compte els factors que es descriuen més amunt, d'envelliment progressiu de la població, la gran prevalença de malalties cròniques, sobretot en persones més grans de 65 anys, i l'increment d'hospitalització d'aquesta població, al seu Pla Estratègic 2016-2020 es posa com a objectiu abordar-los i treballar des de quatre eixos fonamentals:

- Serveis centrats en la persona; construir una xarxa de serveis amb un model d'atenció flexible per a les persones amb més necessitats de suport, tot garantint una atenció integral individual, afavorint la seva participació en tot el procés i fomentant els serveis entre els usuaris i les famílies.

Aquest model d'atenció centrada en la persona suposa acompanyar, atendre, protegir, interactuar, coordinar i oferir les millors cures i propostes d'atenció, per tal de desenvolupar una intervenció professional de qualitat i contribuir al benestar de les persona, tot augmentant la seva qualitat de vida i l'autocura, amb una participació proactiva de tots els actors implicats.

- Recursos al servei de les persones; millorar la formació professional, tot millorant la qualitat en l'ocupació, fent infraestructures més dignes per a la persona, adaptant l'entorn comunitari i personal i desenvolupant sistemes d'informació que permetin gestionar de manera més eficient i àgil els processos per als usuaris per tal d'oferir un servei de qualitat i personalitzat.
- Treballar de forma coordinada amb la resta d'administracions públiques que formen part del sistema de serveis socials.
- Una gestió responsable dels recursos, la qual cosa implica una bona planificació de tots els serveis, tenir objectius clars, simplificar processos i treballar cap a la cohesió de les diferents organitzacions (coordinació de serveis).

## 2. Què és una unitat de convalsència?

Les unitats geriàtriques de mitja estada o de convalsència van ser definides per l'IMSALUT l'any 1996 com «aquell nivell d'assistència geriàtrica destinat a restablir aquelles funcions, activitats o seqüeles, alterades com a resultat de diferents processos previs (mèdics, quirúrgics o traumatològics). El disseny i funcionament d'aquestes unitats correspondrien a altres unitats descrites en la literatura com a rehabilitació geriàtrica, cures post aguts, de transició o intermedis».

Els distints departaments de Salut de les comunitats autònomes promociónen les unitats de convalsència com a unitats que tenen la finalitat d'atendre les persones quan, ingressades a l'hospital general o de convalsència, estan en disposició d'alta mèdica, però que necessiten un temps com a conseqüència de processos crònics de malaltia o patologia i necessiten cures mèdiques i d'infermeria i vigilància durant la convalsència, així com cures personals associades a la manca d'autonomia. Així, trobam programes d'unitats de convalsència en comunitats com Aragó o Catalunya. A la nostra comunitat autònoma, a Eivissa, a la Residència Assistida de Cas Serres, hi ha la Unitat de Convalsència que atén persones amb malalties cròniques d'alta i baixa prevalença i persones en període de convalsència i complexitat social.

La gran diferència entre els models actuals i el de la Unitat de Convalsència de Felanitx és que, a més d'atendre persones que es troben en processos crònics de malaltia i/o que necessiten cures, s'hi vol aportar el component social de l'atenció socio sanitària i acompanyar la persona i les seves famílies en totes les necessitats socials que sorgeixen com a conseqüència de la malaltia crònica o de les necessitats de cures específiques extrahospitalàries, i oferir una atenció integral de la persona.

### 3. La Unitat de Convalescència de Felanitx

Al setembre del 2015, després de diverses reunions de coordinació entre l'IBSALUT i l'IMAS per reforçar la relació entre ambdues administracions, i en un intent d'ajuntar sinergies, l'IBSALUT va plantejar la necessitat de comptar amb un servei d'atenció sociosanitària a la comarca del Llevant de Mallorca.

L'Hospital de Manacor tenia, i té, una necessitat real de places sociosanitàries de mitjana i llarga estada a la zona, ja que la majoria d'usuaris de l'hospital que necessiten continuar un tractament, i que no poden tornar a domicili, fins ara la majoria de vegades s'havien de desplaçar a Palma.

La residència de Felanitx, fins aleshores, era un centre residencial per a persones grans amb dependència amb capacitat per a cent persones, però disposava d'un espai de 10 llits en habitacions individuals que no s'usaven. L'ús d'aquest espai estava destinat a oferir habitacions de convalescència per als residents mateixos, però donada l'estructura i l'organització del centre es va valorar que no era necessari. Per tant, hi havia deu habitacions a la residència mateixa, però en un modul separat que permetia ubicar-hi un projecte nou. I es va decidir apostar per la creació de la Unitat de Convalescència.

L'Àrea de Dependència de l'IMAS, en col·laboració amb l'equip de la residència, va redactar un projecte que es va posar en comú amb l'Hospital de Manacor i el Servei de Salut del Govern; es varen plantejar objectius, metodologia, tipus d'usuaris, protocols de derivació, etc., i una vegada consensuat es va iniciar l'adequació de l'espai i la formació de l'equip, per poder engegar el projecte.

El 4 d'abril de 2016 es va posar en funcionament la Unitat de Convalescència de Felanitx gràcies a la implicació dels distints equips de la residència de Felanitx i de l'Hospital de Manacor, així com els seus respectius dirigents, que varen apostar pel projecte.

#### 3.1. El projecte

L'objectiu principal de la Unitat de Convalescència de Felanitx és proporcionar un recurs sociosanitari a l'Hospital de Manacor ubicat a la residència de Felanitx, que gestiona l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), per a persones que precisin finalitzar un tractament, continuïtat de cures, atenció en situacions de final de vida i/o rehabilitació després d'un ingrés al centre d'aguts.

A partir d'aquest objectiu principal, es treballa per a la recuperació funcional de la persona, la millora de la qualitat de vida de la persona i, sobretot, en la mesura del possible, pel retorn de la persona al seu domicili, a la comunitat, a través de la recerca dels suports comunitaris necessaris.

Atès que la Unitat es troba en un centre residencial, s'ofereixen a les persones ingressades els serveis que hi ha al centre, tenint en compte les seves necessitats sanitàries, socials, psicològiques i físiques.

### **3.2. Els usuaris**

Les persones que s'atenen a la Unitat han de ser més grans de 65 anys o a partir de 55, si tenen alguna discapacitat reconeguda, que necessitin convalescència després de rebre l'alta de l'Hospital de Manacor i estiguin clínicament estables o persones amb els criteris anteriors que estiguin pendents d'una plaça en un hospital sociosanitari.

Les persones ateses tenen un perfil de pluripatologia, amb fragilitat, polimedicats, portadors de patologia aguda o crònica reaguditzada, de tipus mèdic o quirúrgic, amb pèrdua de funcionalitat en activitats de la vida diària, amb una alta càrrega de cures d'infermeria i amb demandes diverses de caràcter social.

### **3.3. La coordinació entre la Unitat de Convalescència i l'Hospital de Manacor**

La coordinació entre l'Hospital de Manacor i la Unitat de Convalescència és fonamental per al bon funcionament del projecte. A cada centre hi ha una persona de referència als equips coordinadors. De l'hospital és una coordinadora d'infermeria qui rep la petició de la derivació per part dels professionals que han captat el cas. Valora si compleix els criteris d'ingrés i es posa en contacte amb la responsable de la Unitat per gestionar el trasllat. La infermera responsable de la Unitat valora el cas i determina la idoneïtat de l'ingrés i la disponibilitat de plaça, segons les necessitats del pacient.

De cada cas, la infermera responsable de la Unitat en fa el seguiment fins que el pacient rep l'alta, moment en què també es coordina amb el nivell d'Atenció Primària a través de les infermeres gestores de casos i/o els serveis socials comunitaris.

## **4. La Unitat en xifres**

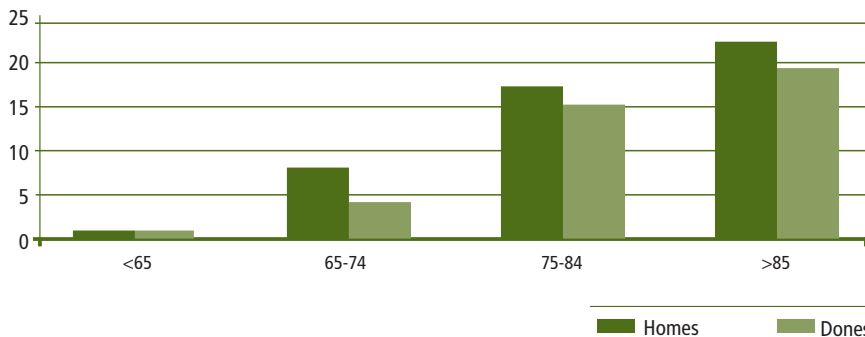
### **4.1. Perfil dels usuaris**

La Unitat en el període d'abril de 2016 a març de 2017 ha donat d'alta 87 usuaris, el 55% han estat homes i el 45% dones. A diferència dels centres residencials per a persones grans, en què la majoria són dones, a la Unitat han estat majoria els homes.

Si analitzam les edats, es confirma l'envelliment de la població, ja que el 47% dels usuaris són més grans de 85 anys, els segueixen les persones que tenen entre 75 i 84 anys, que

representen un 37%, mentre que les persones menors de 65 anys només representen un 2%. Com es veu al següent gràfic.

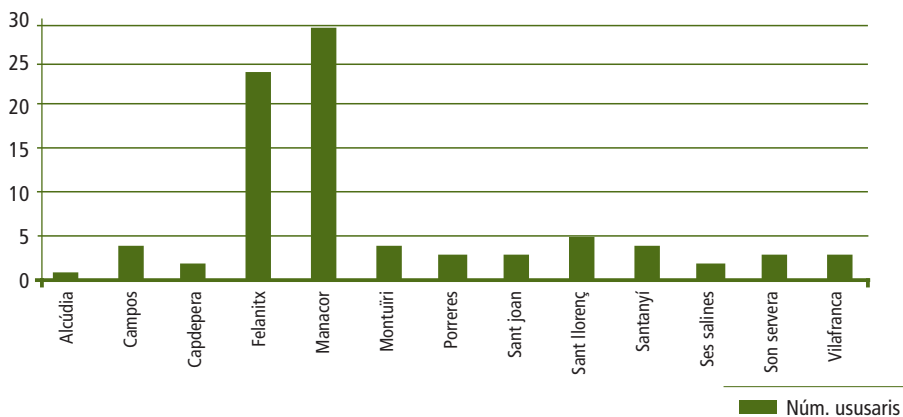
**Gràfic 1 | Usuaris de la Unitat per sexe i edat**



#### 4.2. Procedència dels usuaris

Els usuaris són de la zona del Llevant i Nord de Mallorca, que és precisament on hi havia una manca de recursos socio-sanitaris. Al gràfic següent podem veure la procedència per municipis dels pacients que han estat atesos, en destaquen els de Felanitx i Manacor.

**Gràfic 2 | Usuaris per municipi**





### 4.3. Situació funcional dels usuaris

Si analitzam amb més detall les dades veurem quina és la situació funcional de les persones que han passat per la Unitat, en funció de les escales i registres que s'han recollit.

1. Test de Barthel (mesura l'autonomia per a les activitats de la vida diària- AVD). La mitjana de Barthel a la valoració al moment de l'ingrés dels 87 pacients és de 26,66 punts. Indica un nivell de dependència greu.

Si exclouem les persones que han estat baixa per defunció, obtindrem que les persones quan varen ingressar tenien un Barthel de 30,09 punts i que a l'alta la puntuació era de 47,71 punts. L'augment del Barthel és de més de 15 punts, passant d'una dependència alta a una de moderada, cosa que ens mostra que en molts de casos es dona una recuperació funcional de la persona.

2. Pfeiffer (mesura el deteriorament cognitiu). Hi ha 41 pacients amb 4 o més errades en el test, per tant un 47% presenta un deteriorament cognitiu greu, representa un alt percentatge del total de les persones.

3. Dowton (mesura el risc de caiguda). Dels 87 usuaris, 48 tenien un risc mitjà/alt de caiguda, cosa que representa un 55% del total. Si relacionam aquesta dada amb el registre de caigudes, només s'han registrat 15 caigudes en tot l'any, totes sense conseqüències per als pacients, per tant, s'ha treballat per evitar les caigudes de forma eficient.

4. Norton (mesura el risc de patir úlceres per pressió UPP). Dels 87 usuaris, 26 presentaven un Norton entre 12-14, indicatiu de risc moderat d'UPP i 30 usuaris presentaven un Norton <12, indicatiu de risc alt d'UPP. Aquests valors representen que el 64% dels pacients atesos presentava risc de patir UPP.

La prevalença d'UPP ha estat de 7 UPP de grau II i 12 UPP de grau III-IV. La incidència ha estat d'1 cas d'UPP de grau IV.

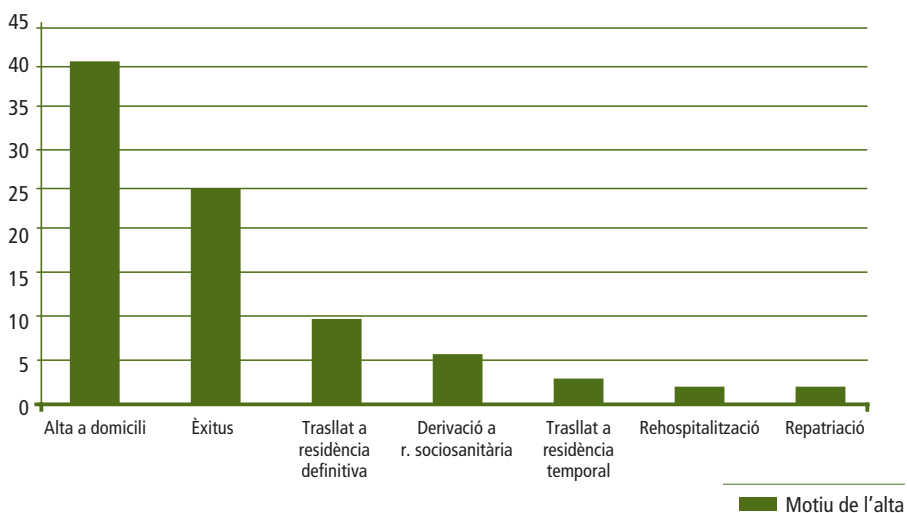
### 4.4. Mitjana d'estada dels usuaris

La mitjana d'estada dels usuaris ha estat de 35 dies. Al projecte es va fixar una estada màxima de 3 mesos, per tal de no saturar el recurs, malgrat que és una xifra orientativa, ja que cada situació s'avalua i es prorroga, si és necessari, amb el consens de l'equip de la Unitat i l'Hospital de Manacor.

## 4.5. Les altes dels usuaris

De les 87 persones donades d'alta al llarg d'aquest any de desenvolupament del projecte, quasi un 46% ha retornat al seu domicili, el 23% ha estat traslladat a una plaça sociosanitària o a una residència privada, el 29% ha estat baixa per èxitus i només un 2% ha reingressat a l'hospital d'on venia derivat. Aquest fet confirma que la feina que es realitza a la Unitat permet que la persona que hi ingressa es recuperi a tots els nivells. La Unitat promou, sempre que és possible, el retorn al domicili, tot garantint els recursos necessaris a tots els nivells, així com el seguiment del cas per part dels recursos socials comunitaris.

**Gràfic 3 | Ubicació dels usuaris a l'alta de la Unitat**



## 5. Millores i beneficis per als usuaris

Podem resumir en tres els beneficis per als usuaris, la disminució dels dies d'hospitalització, la recuperació funcional i la planificació de l'alta i orientació dels recursos socials.

Com ja hem comentat, els pacients disminueixen els dies d'estada hospitalària, fet que podem relacionar directament amb el menor risc d'adquirir infeccions nosocomials. A més, l'entorn físic de la Unitat i l'ambient residencial permeten una millor adaptació del pacient a l'ingrés. Això es constata per una baixa incidència de casos d'ansietat i agitació psicomotriu i per l'opinió tant dels pacients com dels seus familiars.

Quant a la recuperació funcional, les dades quantitatives ens mostren un augment de 15 punts o més de mitjana a l'escala de Barthel, entre l'ingrés i l'alta del pacient, dada que reflecteix el pas d'una dependència alta a una de moderada o lleu, i constaten la recuperació funcional de la persona.

L'atenció de les persones no és completa si només es té en compte la malaltia; és important comprendre les condicions de vida i les històries personals dels pacients, és a dir, s'ha de tenir en compte tota la càrrega psicològica, social i familiar i atendre-la d'igual manera. Aquesta intervenció social és imprescindible per promoure canvis necessaris que ajudin a superar situacions adverses, que s'ajustin a la realitat personal i familiar dels pacients i, sobretot, que puguin ajudar en la recerca de recursos comunitaris existents i adients a les necessitats de cada pacient.

Cal destacar, doncs, que s'ha treballat de forma coordinada amb els serveis socials dels municipis per tal d'articular els recursos més idonis per a cada persona; així, es planifica amb les famílies l'alta de la Unitat de convalsència, s'afavoreix un retorn al domicili amb les condicions més òptimes per a la persona, s'informa els serveis socials municipals, s'activen els recursos disponibles a la comunitat i s'ofereixen alternatives al retorn domiciliari, com estades temporals o la sol·licitud de places residencials de caràcter permanent, en funció de les necessitats detectades.

## 6. Conclusió

El balanç d'aquest primer any de funcionament és positiu. Per una banda, s'ha aconseguit donar una atenció des d'un model centrat en la persona, no només hem atès sanitàriament les persones, ja que la majoria són malalts crònics avançats, sinó que les hem atès d'una forma integral, tenint en compte la persona de forma global. Per altra banda, s'ha aprofitat la persona al seu entorn i s'ha pogut treballar cap a un retorn al domicili de forma planificada i coordinada amb els serveis comunitaris. I, per últim, s'ha aconseguit una bona coordinació entre les administracions.

El sistema de salut ha de «curar» les persones i les residències hem de «cuidar» les persones. Aquest projecte va ser una aposta valenta per la coordinació entre les administracions i, sobretot, entre els serveis, i ha estat i és un èxit, atès que s'han complert les expectatives inicials, s'ha aconseguit un bon ambient de feina i, sobretot, una satisfacció entre els pacients i els familiars. De fet, es vol replicar aquest sistema a altres indrets de Mallorca, per poder «cuidar» les persones més a prop del seu entorn i, sobretot, en un entorn més amable que un hospital, en un entorn on l'important és la persona.

## Referències bibliogràfiques

Ávila, R., Vázquez, E., Baztán, J. J. (2000). Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(56), 3-14.

Decret 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya. DOGC núm. 2973 de 13/9/1999.

Insalud (1996). *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid: Insalud.

Porcel i Omar, P. (2008). *Treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Sabates, O., Sánchez, D., Antón, M. (2009) Unidades de subagudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44 Supl. 1, 34-8. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.008

Sánchez Ferrín, P. (2005) Unidades de convalecencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1), 13-15.

## Autores

### SOFIA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Diplomada en Educació Social (UNED). És responsable en funcions de l'Àrea d'Atenció a la Dependència, de la Direcció Insular d'Atenció a la Dependència. Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Cursos de formació en gestió de centres residencials per a persones grans.

### APOLONIA VANRELL PONS

Llucmajor (1975). Diplomada en Treball Social (UIB). Directora de la Residència Bartomeu Quetglas de Felanitx de l'IMAS. Estudis de postgrau de gestió i direcció de centres de serveis socials.

### MARIA DOLORS TABERNER FERRER

Llucmajor (1977). Diplomada universitària en Infermeria (UIB). Coordinadora de la Unitat de Convalescència de Felanitx. Especialista en Infermeria Geriàtrica.

### ALEXANDRA MEJÍA BENARD

Metgessa de la Unitat de Convalescència de Felanitx, especialista en Medicina Interna (MIR) per l'Hospital Clínico San Carlos (Madrid, maig de 2002). Màster en medicina pal·liativa i tractament de suport del malalt de càncer per l'Hospital La Paz (Madrid, octubre de 2005).

