

Área clínica 9

Sábado, 9 de junio, 12.30 horas

Moderadores:

Fernando Jiménez Herrero

Joseba Muñoz Díaz

86

INDICADORES DE OCUPACIÓN DE CAMAS Y ESTANCIAS MEDIAS EN MAYORES DE 65 Y 80 AÑOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

Salcedo, M. J.; Bartolomé, S.; Jiménez, J. M.; Guillén Llera, F.

Servicio de Geriátria. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivo: Conocer la ocupación de camas y estancias medias, en los diferentes Servicios, de pacientes entre 65 y 80 y mayores de 80 años.

Material y métodos: Análisis de la base de datos del Servicio de Admisión del Hospital Universitario de Getafe correspondiente el año 2000. Análisis de los Servicios con mayor carga de pacientes > 65 años.

Resultados: Ingresaron un total de 21.786 pacientes. Mayores 65 años 6.517, el 30% de los ingresos. Los trece servicios analizados sumaron 13.386 ingresos, 5.824 > 65 años (47%), un 90% del total de > 65 años. La tabla expone los datos de los ocho servicios con mayor número de ingresos.

Servicio	Total	Mayores 65		65-80 Años		Mayores 80	
	Altas	% altas	E. media	%	EM	%	EM
M. Interna	1.964	63,1	10,2	38,5	10,2	24,6	10
Geriatría	1.155	99,4	8,6	25,0	9,4	74,4	8,3
Cardiología	1.105	49,2	9,6	39,1	9,6	10,1	9,8
Neumología	847	58,3	8,8	147,2	8,8	11,1	8,9
S. médicos	5.709	64,1	9,5	36,5	9,8	27,6	9
Trauma	1.646	28,5	10,7	20,4	9,8	18,1	13
C. General	2.222	26,8	10,9	20,5	10,1	6,3	10,6
C. Vascular	703	49,4	11,8	38,8	11,9	10,5	11,4
Urología	637	43,2	6,3	34,7	6,2	8,5	6,9
S. quirúrg.	6.677	34,2	9,2	24,7	19,3	7,7%	9,8
Hospital	21.758	30	9,6	19,8	20,8	10,1	9,2

Conclusiones: 1. Los pacientes > 65 años son el 30% del total del Hospital. 2. Excluyendo Pediatría y Obstetricia suponen el 64% de las altas médicas. 3. Geriatría es con diferencia el Servicio que ingresa > 80 años. 4. La estancia media de Geriatría es inferior a la media del Hospital, de servicios médicos y quirúrgicos, excepto Oftalmología y Urología, y de los servicios con mayor número de ingresos de mayores de 65 y 80 años.

87

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA: INDICADORES DE ACTIVIDAD Y GESTIÓN CLÍNICA

Luengo Márquez, C.; Abizanda Soler, P.; Romero Rizos, L.; Sánchez Jurado, P. M.; Gallego Moreno, J. A.; León Ortiz, M.

Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(S 2):35-38

Objetivos: Valorar las modificaciones de los indicadores de actividad, eficacia y GRDs de nuestra Unidad a lo largo de los últimos cuatro años.

Método: Se analizan los índices de actividad clásicos y su variación en los últimos cuatro años, así como los 10 GRDs más frecuentes en los años 98 y 99 para comparar la eficacia de nuestros resultados (Hospital grupo 3) frente a los estándares de pacientes similares en Hospitales grupo 3 de Insalud.

Resultados:

Indicadores/año	1997		1998		1999		2000	
	Altas	Estan. media						
Nº camas	30		27		22		22	
Ingresos totales	966		1.167		1.120		1.155	
Estancias totales	9.943		8.284		7.650		7.728	
Estancias medias	9,7		7,1		6,4		6,4	
Índice ocupación	85%		83%		97%		90%	
Índice rotación	31,6		43,2		53,2		54,6	
Mortalidad	15,3%		14%		13%		13%	
Nº consultas ext.	1.523		1.396		1.908		2.340	
Nº 1ª visitas	189		340		478		517	

10 GRDs más frecuentes por nº de altas**	1998			1999		
	Altas	Estan. media	e.m. grupo	Altas	Estan. media	e.m. grupo
T. resp.exc.II/BI/A con CC	145	8,82	10,63	140	7,74	9,66
Acc. isq. tras. y oclusiones	109	6,32	8,62	72	5,39	8
T. cerebrovascular. exc. TIA	66	7,98	11,08	87	6,29	10,5
Insuf. cardíaca y shock	42	8,09	9,24	42	6,93	9,02
ICC y arritmias con CC	40	8,82	10,95	41	9,22	9,95
Neumonía simp. y pleuritis> 17	34	9,67	11,14	39	9,56	10,2
T. de los hematíes> 17	30	6,50	9,07	33	5,61	8,28
Otr. trast. SNC	26	10,42	15,08	27	12,22	14
EPOC	23	5,52	9,41	10	3,80	8,7
AIT, oclus., convuls. con CC	23	8,17	10,67	13	7,08	10,7

Conclusiones: Mejoría progresiva de indicadores de actividad y estándares prefijados por INSALUD (Hospitales grupo 3) en los últimos cuatro años. Mayor rentabilidad por disminución de estancias medias en pacientes complejos.

88

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE GERIATRÍA (UFISS). CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES RELACIONADAS CON EL DESTINO TRAS EL ALTA

Robles Raya, M. J.; Garreta Burrell, M.; Miralles Basseda, R.; Cervera Alemany, A. M.

Servicio de Geriátria, NAS. UFISS de Geriátria. Hospital del Mar-Centre Geriátric. Barcelona.

Introducción: En los hospitales de agudos las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS), efectúan programas de valoración geriátrica para mejorar la atención a los pacientes ancianos, prevenir las complicaciones por hospitalización y planificar el alta. En nuestro caso, la UFISS depende del Servicio de Geriátrica del IMAS (ubicado en un Centro Sociosanitario (CSS), Centre Geriàtric) y actúa en un hospital de agudos (Hospital del Mar). El objetivo del estudio es mostrar las características de la población anciana atendida por la UFISS, así como la necesidad de recurso al alta y el perfil de los pacientes.

Pacientes y método: Entre enero y diciembre de 2000, la UFISS valoró 716 pacientes. En todos los casos, se realizó una valoración que incluía los datos médicos, el Índice de Barthel (IB) previo y al ingreso, estado mental, convivencia previa, existencia de cuidador y destino al alta.

Resultados: Hubo un total de 716 pacientes evaluados; para su análisis, fueron divididos en cinco grupos en función de su destino al alta desde el hospital; Domicilio (D): 251 (35,0%), Residencia (R): 60 (8,3%), Centro sociosanitario (CSS): 316 (44,1%), Fallecidos (F): 64 (8,9%), y Servicio de rehabilitación de un hospital de la zona (SR): 27 (3,7%). El porcentaje de mujeres en cada grupo fue respectivamente de 29,6%; 9,3%; 49,8%; 7,27% y 3,8% ($\chi^2 = 17,465$; $p < 0,01$). La edad media de cada grupo fue de $75,2 \pm 11,7$ años en el grupo D; $80,1 \pm 9,9$ en el de R; $77,5 \pm 10,8$ en el de CSS; $80,5 \pm 8,4$ en el F y $74,7 \pm 10,2$ en el de SR ($p < 0,001$). La media de IB previo al ingreso fue: $79,4 \pm 31,1$ en D; $47,6 \pm 41,4$ en R; $78 \pm 31,2$ en CSS; $61,1 \pm 41,8$ en F y $94,5 \pm 15,0$ en SR ($p < 0,001$) y la del IB en el momento del alta del hospital fue (en el mismo orden): $49,3 \pm 56,7$; $19,6 \pm 27,9$; $23,8 \pm 24,6$; $6,5 \pm 16,5$ y $18,8 \pm 17,9$ ($p < 0,001$). Hubo 147 pacientes con estado cognitivo alterado, de estos el 46,2% fueron del grupo CSS, 20,4% del R, 19,0% del D, 14,2% del F y 0% en el SR ($\chi^2 = 68,6$; $p < 0,01$). Trescientos trece pacientes carecían de un cuidador disponible en el momento de la valoración, de ellos el 55,2% fueron a un CSS y el 27,7% al D ($\chi^2 = 29,2$; $p < 0,001$). Hubo 224 pacientes que vivían solos, 56,2% en el grupo CSS, 31,6% en D, 5,3% en SR, 4,4 en R y 2,2 en F ($p < 0,001$).

Conclusiones: En todos los casos las características de los pacientes se asociaron significativamente con el lugar del destino al alta, siendo las variables más relevantes la capacidad funcional, el estado mental y las convivencia.

89

CONSUMO DE RECURSOS HOSPITALARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Gómez Pavón, J.*; Pastor, M.; Arrieta, A.; Nieto, J.

* Geriátrica. Medicina Interna. Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado. Madrid.

Objetivo: Valorar el consumo de recursos hospitalarios en una unidad de cuidados paliativos (UCP) de perfil asistencial sociosanitario.

Material y método: Estudio retrospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes ingresados desde el 1-2-97 hasta el 1-1-00 en la UCP de 20 camas, dentro del Hospital Virgen de la Poveda, centro de 264 camas de media y, larga estancia. N: 213 (90 mujeres, edad media: 70 ± 12 años). Datos recogidos de admisión y de la historia clínica siguiendo protocolo de 90 ítems con inferencia de acuerdo a dos grupos de edad: Grupo A: pacientes > 65 años y Grupo B: pacientes ≤ 65 años. Análisis estadístico: T de Student, χ^2 y exacta de Fisher. (95% intervalo de confianza, $p < 0,05$).

Resultados: A) Estancia media: $20,42 \pm 23,14$. Destino al alta: exitus 172 (81%), domicilios 33 (15%), Residencia 3 (2%), traslado a hospital de agudos: 3 (2%). B) Exploraciones complementarias: 65 (30%): bioquímica: 44 (19%), hemograma: 36 (16%), urocultivo: 28 (12%), radiodiagnóstico: 17 (6%), tórax: 21 (9%), abdomen simple: 20 (9%), óseas 10 (6%). Con respecto a los grupos a estudio: Grupo A: 142 (42 mujeres, edad media: 76 ± 6 años). Grupo B: 71 (13 mujeres, edad media: 55 ± 7 años). El anciano presenta una tendencia a mayor estancia media ($21,38 \pm 24,69$ vs $18,51 \pm 19,71$, n.s.), con mayor deceso en el hospital (70% vs 86%, $p < 0,01$). No hay diferencias en el consumo de exploraciones complementarias (15% vs 16%), excepto menor necesidad de hemogramas (29% vs 11%, $p < 0,001$) y menor tendencia de bioquímica (29% vs 15%, $p < 0,05$).

Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(S 2):35-38

Conclusiones: La UCP de perfil asistencial sociosanitario constituye, sobre todo en el anciano, un recurso hospitalario de necesidad frecuente en el control del paciente en fase terminal, con un bajo consumo de recursos.

90

UNIDAD DE DEMENCIAS-GERIATRÍA: TIPOLOGÍA DE PACIENTES Y COSTE

Gómez Pavón, J.*; Arranz, C.*; Catala, T.**; Martín, J.**; Jiménez, P.; Campo, E.; Acebes, R.; Polo, Y.***; Maestre, A.***; Mendoza, M.***

* Geriátrica. ** Rehabilitación. Enfermería. *** Dirección. Hospital Virgen de la Poveda. Villa del Prado. Madrid.

Objetivo: Evaluar la actividad asistencial (coste y tipología de pacientes) de la Unidad de Demencias-Geriátrica (UD) ubicada en un centro de media estancia.

Material y método: Estudio retrospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes ingresados desde el 1-1-00 hasta el 1-1-01 en la UD de 10 camas, dentro del Hospital Virgen de la Poveda, centro de 264 camas de media y, larga estancia. N: 48 (32 mujeres, edad media: $82,29 \pm 8,40$). Datos recogidos de admisión y de la historia clínica siguiendo protocolo de 23 apartados que incluyen: procedencia, motivo de ingreso, destino al alta, estancia y coste cama, valoración clínica, cognitiva, funcional y sociofamiliar. Análisis estadístico: Tele Student, χ^2 y exacta de Fisher. Regresión múltiple lineal (95% intervalo de confianza, $p < 0,05$).

Resultados: Tipo de demencia: Alzheimer: 24 (50%). Vascular: 15 (31%), otras: 9 (19%). Grado de demencia: FAST: $6,58 \pm 0,58$. Procedencia: Hospital: 31 (65%), domicilio: 17 (35%). Motivo de ingreso: Agudo: 8 (17%), Convaleciente: 18 (37%), Conductual: 11 (23%). Social: 11 (23%). Diagnóstico motivo de ingreso convalecencia-agudos: Infecciosas (11 (23%)). IAM: 2 (6%), ACV 3 (6%), Fractura de cadera 3 (6%), Otros (15%). Al ingreso: Behave AD: $3,52 \pm 0,77$; N° de fármacos: $5,54 \pm 2,18$. Comorbilidad: $4,46 \pm 1,25$; Barthel: $12,40 \pm 23,02$. sonda nasogástrica: 11 (23%), úlceras por presión: 23 (48%). Ausencia de cuidador: 13 (27%), sobrecarga del cuidador: 31 (65%). Problema al alta del hospital de referencia: 29 (93%). Al alta los pacientes presenta menor consumo de fármacos ($5,54 \pm 2,18$ vs $4,25 \pm 2,58$, $p < 0,01$) y mejor índice Behave AD: $3,52 \pm 2,18$ vs $2,48 \pm 0,92$, $p < 0,001$). Destino al alta: domicilio: 19 (40%). exitus 13 (27%), residencia: 12 (25%), reubicación: 4 (8%). Total estancias: 2.181. Estancia media: $45,43 \pm 23,26$. Precio estancia UD: 14.023. Coste cama hospital de referencia 45.000. Diferencia de coste: 70.658.537 pts. Mayor estancia los pacientes ingreso conductual o social con respecto a convalecencia o agudo ($68,18 \pm 43,09$ vs $79,36 \pm 73,81$, vs $49,61 \pm 41,79$, vs $20,62 \pm 16,59$; $p < 0,33$, $0,03$ y $< 0,01$ respectivamente). Igualmente mayor estancia los pacientes derivados a residencias ($45,57 \pm 32,11$ vs $69,16 \pm 53,06$, $p < 0,01$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la unidad de demencias-geriátrica ubicada en un centro de media estancia con un menor coste hospitalario, favorece el alta del hospital de referencia, y disminuye el ingreso desde el domicilio de pacientes con demencia moderada-severa, convalecientes y agudos, con o sin tño. Conductual grave y con grave problemática social añadida.

91

PERFIL DE PACIENTES Y EVALUACIÓN DE LA REHABILITACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS SUBAGUDOS DE UN CENTRO SOCIOSANITARIO

Álvarez Álvarez, F. M.; Salmerón Álvarez, M.; Rodríguez-Hevia, A.

Fundación Sanatorio Adaro. Servicio de Geriátrica. Sama de Langreo. Asturias.

Objetivo: Estudio analítico-descriptivo de los ingresos en la unidad y evaluación de la mejoría funcional de aquellos que fueron incluidos en tratamiento rehabilitador.

Método: Se recogen datos de 197 altas del 1 de mayo de 2000 al 1 de marzo de 2001, en virtud del concierto del Sanatorio con el Hospital de In-salud del Area Sanitaria VIII de Asturias. Se estudian variables demográficas, clínicas, y funcionales al ingreso y al alta (apartado de resultados). La situación funcional se midió utilizando el Índice de Barthel (IB) (previo, al ingreso y alta). Se calculó el deterioro y ganancia funcional (DF y GF) sobre el total de pacientes y el grupo de rehabilitación. Sólo se muestran los resultados de este último grupo. Se utilizó el índice de Heinemann (IH) (Heinemann et al, 1987) y el índice de Heinemann corregido (IH c) (Valde-rama et al. 1997), así como la eficiencia de la ganancia funcional en el grupo de rehabilitación. Se utilizaron test de estadística descriptiva (media, mediana y ES para datos numéricos y porcentajes para categorías) y analítica (ANOVA de una vía y Coeficiente de correlación de Pearson).

Resultados: Datos al Ingreso: Edad media: 77 años, 60,4% mujeres. Media días previos de ingreso: 13. Principales servicios de procedencia: Traumatología (32,5%), Neumología (23,9%), y Neurología (14,7%). Diagnósticos de ingreso más frecuentes: Fractura de cadera (23,8%), Reagudización OCFA (20,3%), ACV (15,2%) y ICC (9,1%). Al ingreso, el 25,9% tenía un diagnóstico de Demencia. La media de enfermedades crónicas activas fue de cuatro (ICD-10), siendo las más frecuentes Cardiovasculares (31,6%), Trastornos endocrinometabólicos (15,7%) y Aparato Respiratorio (12,8%). En el grupo de Rehabilitación (N= 80; 40,6%), las causas de incapacidad fueron: Fractura de cadera (38,8%), ACV (27,5%) e Inmovilismo (25%). El IB previo fue de 85,9± 2,5; el IBI 27,2± 2,6 y el DF de 56,2± 3,1. **Datos al Alta:** Estancia media 13,5 ± 0,5 días. Para el grupo de Rehabilitación 15,4 ± 0,6 (p<0,01). Destino al Alta: Domicilio habitual 68,5%; Hospital 9,1%; Nueva Residencia 3%; UME-ULE 13,7%. Mortalidad: 5,6%. El IB medio al alta fue de 55,4 ± 3,0 (m= 65) con una GF de 28,9 ± 2,2. El IH fue de 40,1 ± 2,9% y el IHc de 57,3 ± 6%. La eficiencia de la GF fue de 2,1 ± 0,2 puntos/día. Ninguno de los indicadores de mejoría funcional se relaciona con el diagnóstico. La GF y IH correlaciona positivamente con el DF y el IBP (p< 0,01) y negativamente con el IBI (p< 0,05). El IBA correlaciona negativamente con el DF y edad y positivamente con IBI y IBP (p< 0,01).

Conclusiones: 1. Ingreso de pacientes pluripatológicos y alta prevalencia de demencia. 2. Incapacidad leve previa, severa al ingreso y leve-moderada al alta. 3. Escasa derivación a Unidad de Agudos, pero importante ingreso en UME-ULE. 4. Mayor GF e IH a mayor deterioro funcional, mejor IBP y peor IBI.

92

CARGAS ASISTENCIALES EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS: APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE ALBERTA PARA LA DEFINICIÓN DE PLANTILLAS

Santonja, J.; Muñoz, P.; Coloma, N.; Prieto, A.; Martínez, E.; Pérez, I.; López, M. J.

Dirección Territorial Consellería Bienestar Social. Alicante.

Objetivos: Definir la plantilla de personal en las Residencias de Ancianos según la tipología de los residentes y las cargas asistenciales derivadas.

Método: 1. Muestra de 734 residentes (22% del total de plazas de Alicante) de 11 residencias públicas y privadas. 2. Clasificación de los residentes según el Sistema de Alberta. Medición de tiempos de atención en AVD y de enfermería. 4. Determinación de tiempos de asistencia según categorías de residentes. 5. Validación del sistema: análisis descriptivo e intervalos de confianza para la media al 95%, análisis de varianza de un solo factor (ANOVA) y método de comparaciones múltiples (Tukey). 6. Cálculo de tiempos asistenciales (directos) y estructurales (indirectos). 7. Distribución de tiempos de atención durante la jornada laboral en franjas horarias y asignación de personal.

Resultados: Los tiempos medios asistenciales en ACVD son claramente diferentes y escalonados por categorías de residentes. Los tiempos límite inferior y superior no se solapan permaneciendo cada residente clasificado en un grupo en su intervalo correspondiente (nivel de confianza del 95%). Tiempo total de asistencia (TTA en ACVD) = Tiempo asistencial + Tiempo estructural = n° resid A x 6,66 + n° resid B x 19,65 + n° resid C x

42,65 + n° resid D x 55,31 + n° resid E x 83,52 + no resid E x 133,13 + n° resid G x 156,03. La asignación de personal por franja horaria se obtiene por la fórmula: [(TTA x % carga asistencial)/n° horas]/60.

Los tiempos medios recibidos por los residentes en cuidados de enfermería no se corresponden con las categorías del sistema de Alberta, lo que se percibe más claramente al analizar los mínimos y máximos en el nivel del 95% de confianza, si bien puede aplicarse: Tiempo asistencial de enfermería = n° resid A x 7,96 + n° resid B x 5,90 + n° resid C x 9,61 + n° resid D x 10,30 + n° resid E x 10,54 + n° resid F x 14,13 + n° resid G x 9,72.

Conclusiones: 1. El sistema de Alberta agrupa de modo estadísticamente significativo a los diferentes tipos de residentes por consumo probable de tiempo de atención en actividades cotidianas. 2. Los tiempos de enfermería se asocian de modo irregular y no suficientemente discriminativo a la clasificación, si bien tiene eficacia localmente destacando el grupo G. 3. La optimización del rendimiento de la plantilla está relacionado con la carga asistencial del centro.

93

EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO SOCIAL: ASPECTOS CLÍNICOS DE LOS USUARIOS ATENDIDOS

De Tena Dávila Mata, M. C.; Serrano Garijo, P.; Romero Chaparro, R.; Zancada González, J.

Centro Municipal Geriátrico. Área de Salud del Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Objetivo: Analizar algunas características sanitarias del grupo de mayores atendido por el servicio de ayuda a domicilio social en un distrito de Madrid.

Materiales y método: Estudio prospectivo, mediante cuestionario postal, seguido de entrevista personal con el equipo de enfermería. Se trata de parte de un trabajo mucho más amplio en el que se recogen recursos sociofamiliares, ambientales, estado de salud y situación funcional. En el presente estudio, como variables clínicas se incluyen riesgo vascular y otras relacionadas con caídas, incontinencia urinaria, dolor crónico, polifarmacia, memoria y humor. Se remitieron 310 cuestionarios, realizando la entrevista personal 117 usuarios. Los datos se procesaron con SPSS.

Resultados: La edad media es de 80,3 años (SD: 7,6) y un 88% de los usuarios son mujeres, con una edad claramente superior (p= 0,002). Más del 60% de los usuarios tienen algún factor de riesgo vascular, el 37% ha sufrido caída en los últimos seis meses, el 23% es incontinente y más de la mitad se queja de dolor incapacitante. El 40% tiene quejas de memoria y un 60% se siente triste. El 40% consume más de cuatro medicamentos al día. De manera global, se siente peor que tres meses antes el 35%. Los parámetros clínicos analizados se encuentran relacionados con los funcionales y con el riesgo social global.

Conclusiones: Los datos precedentes indican que se trata de una población con problemas clínicos, factores de riesgo de dependencia funcional.

94

COMORBILIDAD Y FUNCIONALIDAD EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA A DOMICILIO.

Mesa, C.; Alonso, P.; Osuna, V. M.; Sánchez-Guevara, A.; Vilorio, A.; Moro, J.; Ribera, J. M.

Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: 1. Analizar el valor pronóstico de una escala de comorbilidad en un programa de Atención Geriátrica a Domicilio (AGD). 2. Determinar la relación existente entre esta escala y el grado de funcionalidad de dicha población.

Método: Pacientes incluidos en AGD entre 1991 y 2000. Se recogen: 1. datos demográficos generales y procedencia. 2. Valoración geriátrica: índice de Katz, Cruz Roja Física (CRF) y Psíquica (CRP) e índice de comorbilidad de Charlson (ICh) al ingreso en el programa. 3. Tasa de morta-

lidad e ingresos hospitalarios durante el tiempo de seguimiento. Se realiza comparación de medios y regresión simple con intervalo de confianza 95% ($p < 0,05$).

Resultados: $n = 1.310$. Edad media 83,5 (DE 7,4), 62,4% mujeres. Diagnósticos más frecuentes: demencia 44,9%, úlceras por presión 36,2%. Valoración geriátrica: Katz E-G (76,3%), CRF 4-5 (53,1%), CRP 3-5 (48,6%). ICh: 2,7 (DE 1,8). **Seguimiento:** Tasa de Mortalidad: 46,3%; Ingreso en hospital: 36,9%. Los pacientes que fallecen durante la permanencia en AGD presentan un mayor ICh (3,0 vs. 2,3; $p < 0,001$), siendo esta relación más evidente en aquellos que proceden del hospital. De igual modo, la tasa de ingresos hospitalarios se asocia significativamente con un mayor ICh (2,8 vs. 2,5; $p < 0,01$). Respecto a la valoración funcional, el ICh se correlaciona negativamente con el CRP ($F 5,38$; $p < 0,05$), apareciendo como variables independientes tanto el grado de funcionalidad como el de movilidad.

Conclusiones: 1. El grado de comorbilidad es un buen marcador de mortalidad y uso de recursos hospitalarios en AGD. 2. Sin embargo, este indicador pronóstico no se correlaciona necesariamente con una peor situación funcional de los pacientes.

95

PRESENTACIÓN DE UN NUEVO PORTAL DE INTERNET: COMUNIDAD MAYOR.COM

Becerra Sotelo, A.; Astudillo Larraz, X.

Letralan, S. L. Donostia. San Sebastián.

De todos es conocido el proceso de envejecimiento que se está llevando a cabo en nuestra sociedad. Cada vez son más las personas que aprenden a navegar por la red en busca de información, ocio, amistad y antidotos contra la hasta ahora obligada soledad. Pero la realidad es que a día de hoy, ni en la CAPV ni en el resto del Estado existen todavía contenidos de calidad dirigidos a ellos y a ellas. No hay servicios específicos que vayan a

colaborar en una mejora de sus condiciones de vida y de la de aquellos que les rodean. Dentro del contexto de las nuevas tecnologías de la Información presentamos *Comunidad Mayor.com*, un portal de Internet dirigido a la Comunidad de los mayores. Hemos construido un espacio virtual en el que esta comunidad pueda comunicarse, relacionarse e interactuar de forma sencilla, dinámica y amigable. Su propósito es servir de punto de encuentro, espacio común de trabajo y plataforma de colaboración para todos los profesionales sanitarios y del área sociocomportamental, familiares, voluntarios y los más mayores.

Dispone de documentación sobre congresos, bibliografía, se puede enlazar con centros de documentación o acceder a webs de interés clasificadas en función de su utilidad. También cuenta con herramientas que permiten contrastar y discutir opiniones, información general sobre diferentes patologías así como foros de discusión on line. *Comunidadmayor.com* fomenta aquello que la UNESCO considera fundamental para la movilización de nuestros mayores: la relación intergeneracional.

Pese a dadas sus características virtuales poseerá un acceso universal desde el primer momento; aspira a conquistar la globalidad partiendo de lo local. Ofrece así la posibilidad de obtener información actualizada de los servicios de su comunidad autónoma, desde centros residenciales hasta balnearios, etc. Este proyecto es fruto de un pormenorizado análisis de la información facilitada por las instituciones y de las entrevistas realizadas a los sectores directamente implicados: los propios ancianos, sus familias, los profesionales, miembros de instituciones públicas y privadas, etc. A este respecto, señalar que la Comunidad Europea e instancias estatales y de carácter local, inciden en la necesidad de incorporar a los más mayores a las Nuevas Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones mediante políticas específicas creadas a tal efecto. Por otro lado, no debemos olvidar que la información sanitaria es una de las más solicitadas en Internet. Los profesionales de la medicina tienen una gran necesidad de orientaciones sobre información sanitaria pública actualizada. Los consumidores subrayan la necesidad de contar con una información en línea de más calidad que haya más hincapié en la prevención que en el tratamiento. Por todos estos motivos, no nos cabe duda sobre la viabilidad de este tipo de proyectos.