

del 2010, se ha introducido la población estándar y defunciones del 2005 aplicada a la del 2010 y las prevalencias del 2005 con las defunciones y población del 2010.

Resultados: En general, ha habido un pequeño cambio en la EVBS pasando de 60,5 en 2005 a 62,7 años en 2010. En hombres, el cambio es bastante notable pasando de 61,0 a 64,2 años, con una ganancia de 3,2 años, mientras que en mujeres solamente ha habido ganancia de 1,3 años pasando de 60,1 a 61,4 años. En cuanto a la EVLEC, el cambio ha sido notable, pasando de 45,0 a 51,0 años. En hombres esta diferencia ha sido de 4 años (47,3 a 51,3 años), mientras que en mujeres hubo una ganancia de hasta 8 años (42,6 a 50,6). Respecto al impacto en los indicadores del 2010 de la aplicación de la mortalidad y prevalencias del 2005, se ha podido observar que los cambios en la EVBS son pequeños (1 año en mortalidad y 1,3 años en prevalencias), mientras que en la EVLEC el cambio es mayor debido a la prevalencia que a la mortalidad (5,5 años y 0,6 años respectivamente).

Conclusiones: La EVBS se ha modificado ligeramente, en favor de los hombres, y en las mujeres casi no se ha modificado. Sin embargo la EVLEC ha mejorado notablemente, destacando la ganancia en años en las mujeres. El impacto de la mortalidad es menor sobre el indicador de EVLEC que sobre la EVBS, mientras que el impacto de la prevalencia es bastante mayor en la EVLEC y mucho mayor en mujeres. Las diferencias en mujeres vienen dadas por la prevalencia, mientras que en hombres por la mortalidad.

77. IDENTIFICACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO

A. Bueno, A. Díaz, J. Núñez, K. Vrotsou, I. Vergara

CS Beraun, Comarca Gipuzkoa, Osakidetza; Unidad Investigación AP-OSis Gipuzkoa; Instituto Biodonostia; REDISSEC; Centro Kronikgun.

Antecedentes/Objetivos: Definir un modelo de identificación precoz de sujetos con elevado riesgo de presentar eventos adversos relacionados con la fragilidad, para ser aplicado en atención primaria (AP).

Métodos: Estudio de cohorte abierta de 2 años de duración de sujetos mayores de 75 años, autónomos y no institucionalizados. Se desarrolló en centros de AP. Se recogió información basal y seguimiento cada seis meses, incluyendo la medición de la situación funcional mediante el Índice de Barthel, Lawton, las pruebas funcionales "Levántate y anda cronometrado (LAC)" y "Velocidad de la marcha". También la comorbilidad, la polifarmacia (más de 4 fármacos), el apoyo social, entre otros. Se consideró evento adverso la ocurrencia de la muerte, y la pérdida de autonomía (Barthel < 90 o pérdida de 10% respecto al basal). Se derivaron modelos uni y multivariantes de regresión logística binaria que explicaran la ocurrencia de los eventos adversos (Sí/No). El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente (CEIC).

Resultados: 215 sujetos fueron incluidos. 169 finalizaron el seguimiento. 50 presentaron eventos adversos. De estos el 84% perdió autonomía y el 16% falleció. La edad, el valor de LAC, el Barthel y la presencia de polifarmacia fueron los factores estadísticamente asociados ($p < 0,05$) a la ocurrencia de eventos adversos en el análisis multivariante. El modelo propuesto tiene un área bajo la curva = 0,876. Considerando como punto de corte una probabilidad estimada de $p = 0,20$, la sensibilidad y especificidad del mismo son 83% y 68% respectivamente.

Conclusiones: Este modelo podría facilitar la identificación de individuos frágiles, con elevado riesgo de presentar eventos adversos en atención primaria. Sería además una herramienta aplicable en la consulta diaria. Es necesario continuar esta línea de investigación, para validar el modelo y valorar su aplicabilidad en la práctica habitual.

Financiación: Departamento de Salud Gobierno Vasco 2011111122.

621. CONCORDANCIA DE TRES MÉTODOS PARA CONOCER EL GRADO DE CONTROL DE LA TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID: ESTUDIO CHRONOS-TAO

C. Figueroa, R. Alonso-Roca, V. Mainar, M. Arribas, L. Sánchez-Perruca, R. Rodríguez

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; CS de Griñón; Gerencia de Atención Primaria, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el grado de control de los pacientes en terapia de anticoagulación oral (TAO) con el método de Rosendaal y el grado de concordancia de tiempo en rango $\geq 60\%$ de otros 2 métodos más sencillos de calcular en la práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ≥ 14 años con ≥ 2 prescripciones de acenocumarol/warfarina y diagnósticos de fibrilación auricular o trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar, excluyendo valvulopatías, en los centros de salud (263) de la Comunidad Autónoma de Madrid entre abril 2012 y marzo 2013. La variable principal es el grado de control medido mediante el Tiempo en Rango Terapéutico (TRT), considerando buen control si la Relación Normalizada Internacional (INR) está en valores 2-3 (INR terapéutico) y 1,8-3,2 (INR ajustado). El TRT se midió mediante tres métodos: el método de Rosendaal (internacionalmente aceptado pero muy difícil de calcular en la práctica clínica) que asume un comportamiento lineal entre dos INR consecutivos; el Duxbury que adjudica la mitad del tiempo entre 2 INR a cada uno de ellos; y el clínico que asigna todo el tiempo al INR inicial del periodo. Tomamos el TRT $\geq 60\%$ como punto de corte de buen control y medimos la concordancia con el Índice de Kappa.

Resultados: Se incluyeron a 49.356 pacientes. Un 50,1% son varones y un 65,6% tienen más de 75 años. La edad media es de 76,8 años (DE 10,8), más baja en los hombres (74,6 años DE 11,1) que en las mujeres (78,9 años DE 10,1). La media de días entre las determinaciones es de 24,2 (DE 6,5) y la media de determinaciones por paciente es de 12,4 (DE 4,8), sin diferencias significativas por sexo ni por edad. Para el rango terapéutico y el ajustado, respectivamente la media del TTR según Rosendaal es de 65,1 (IC95%: 64,8-65,2) y de 80,1 (IC95%: 79,9-80,2); según Duxbury es de 63,5 (IC95%: 63,3-63,7) y de 71,1 (IC95%: 70,9-71,2) y según el clínico es de 68,6 (IC95%: 68,4-68,7) y de 75,9 (IC95%: 75,8-76,1). El TTR del 60% fue más elevado en el método clínico para el rango terapéutico (68,6% IC95%: 68,4-68,7) y en el método de Rosendaal para el ajustado (88,1% IC95%: 87,9-88,4). Encontramos un grado de concordancia (Kappa) del 59,2% (58,5-60,0 IC95%) entre Rosendaal y Clínico; del 72,0% (71,4-72,6 IC95%) entre Rosendaal y Duxbury para el rango terapéutico; y del 57,8% (56,8-58,8 IC95%) entre Rosendaal y Clínico; del 54,4% (52,7-54,5 IC95%) entre Rosendaal y Duxbury para el rango ajustado.

Conclusiones: El control de la TAO en AP es de alta calidad y el método que mejor se ajusta al Rosendaal para el rango terapéutico entre 2 y 3 es el Duxbury con una buena concordancia según Kappa.

529. ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL Y COMUNICACIÓN DE SALUD EN INTERNET

Y. Gómez, M. Martín Llaguno

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (2008) estima la prevalencia de la discapacidad visual (DV) en España en un 2,14%. El acceso a información y servicios sobre salud a través de Internet, un medio en el que confluyen diversos formatos de comunicación, es cada vez más importante y frecuente. Las personas con DV requieren de tiflotecnología para acceder a Internet y es necesario que tanto las páginas como la información sean accesibles. Las normas de accesibilidad impuestas por la legislación española se basan en el estándar WCAG

(Web Content Accessibility Guidelines) desarrollado por W3C. Objetivos Compilar la normativa legal y describir las medidas de accesibilidad para personas con discapacidad visual requeridas a las páginas web relacionadas con la salud.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática en el BOE entre 1960 y 2013 utilizando: discapacidad, accesibilidad, web, televisión, radio y prensa. Después de recuperar 888 documentos únicos se han seleccionado las leyes referentes a administraciones públicas, medios de comunicación y materias relacionadas con la salud. Se han obtenido 13 que se han sometido a un análisis de contenido para localizar las medidas de accesibilidad requeridas a las páginas.

Resultados: De las 13 leyes analizadas 8 refieren la accesibilidad para personas con discapacidad, 3 de éstas hacen mención explícita al concepto de diseño universal, 5 de ellas incluyen medidas y 4 tienen plazos límite expirando estos entre 2005 y 2013. Además el concepto de discriminación es tratado por 5 de las 13 y en otras 5 se remite a normas externas. Así mismo 3 de las leyes presentan exención por lo tanto no será exigible el nivel mínimo (nivel medio) si no hay solución tecnológica posible. También es habitual (en 7 de las 13) encontrar los anclajes del término accesible que no responden a la accesibilidad universal o accesibilidad para personas con discapacidad.

Conclusiones: La accesibilidad a páginas web es tratada en la legislación de comunicación o de administraciones públicas. La legislación específica de salud simplemente hace referencia a casos puntuales. La legislación vigente exige el nivel medio de accesibilidad a la información proporcionada por medios electrónicos para las personas con discapacidad. Esta norma incluye a las páginas web de salud de servicios de administraciones públicas, empresas que gestionen servicios públicos o aquellas que presten servicios al público general de especial trascendencia económica. Sería interesante hacer un estudio para averiguar si se están cumpliendo estos mínimos exigibles.

305. IMPACTO EN SALUD DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EL CLIMA LABORAL PERCIBIDO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

A.I. Parro Moreno, P. Serrano Gallardo, A. Díaz Holgado, J.L. Aréjula Torres, V. Abraira Santos, M.I. Santiago Pérez, J.M. Morales Asencio

Departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid; IISPHM; INAECU; Gerencia de Atención Primaria Área Única, Madrid; IRYCIS; CIBERESP; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Xunta de Galicia; IBIMA; Universidad de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Se ha demostrado la influencia que las características de las plantillas de enfermería, así como el clima laboral, tienen sobre la calidad de los cuidados y los resultados en salud de los pacientes, cuestión insuficientemente explorada en Atención Primaria y en España. Determinar el impacto de las características de la plantilla de enfermería de Atención Primaria (AP) y del clima laboral percibido por las enfermeras sobre el control de la hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio analítico transversal en 79.202 pacientes con HTA y 507 enfermeras de Atención Primaria de Madrid, en 2010. Instrumentos para la recogida de los datos: sistemas de información de AP y cuestionario. Variables paciente: control HTA (cifras < 140/90 mmHg), edad; sexo; zona de origen; tiempo de diagnóstico. Variables enfermeras: ratio usuarios/enfermera; percepción del clima laboral, a través del cuestionario validado Nursing Work Index; edad; sexo; tipo de contrato; experiencia profesional; formación; media anual de citas; media anual de citas por paciente; porcentaje de población inmigrante económica. Variables agregadas de ajuste: índice de privación; ratio usuarios/médico; inmigración económica por centro. Se realizó análisis descriptivo, bivariante y multivariante (regresión logística) multinivel (área, centro y pareja médico/

a-enfermera/o) con STATA 12. Se calcularon intervalos de confianza (IC) al 95% de seguridad.

Resultados: Pacientes: edad media 65,9 años; tiempo medio desde el diagnóstico de 7,3 años; 32,2% [IC95%: 31,8-32,5] mal control de HTA. Enfermeras: edad media fue 46,7 años; ratio medio usuarios/enfermera: 2120,8; media anual de consultas por paciente con HTA: 7,7. Las variables que permanecieron de manera significativa en el modelo de regresión multivariante multinivel (ajustado por edad, sexo, tiempo de diagnóstico y país de origen del paciente, así como índice de privación y ratio usuarios/médico) fueron: clima laboral percibido (OR: 0,99; IC95%: 0,98-0,99) y media anual de citas por paciente (OR: 0,98; IC95%: 0,97-0,98).

Conclusiones: Un clima laboral percibido como más favorable por las enfermeras de Atención Primaria, y que el paciente tenga más citas con este profesional, contribuye a mejor control de la HTA. Es fundamental promover entornos laborales favorables para alcanzar mejores resultados en salud.

Problemas de salud poco frecuentes y enfermedades infecciosas (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Federico Arribas Monzón

75. REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DE LAS ISLAS BALEARES: FOCOS ENDÉMICOS DE AMILOIDOSIS

M. Caffaro Rovira, A. Galmés Truyols, A. Nicolau Riutort

Registro Poblacional de Enfermedades Raras de las Islas Baleares, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Islas Baleares.

Antecedentes/Objetivos: En las Islas Baleares se localizan focos endémicos de dos amiloidosis; la fiebre mediterránea familiar, enfermedad hereditaria de transmisión autosómica recesiva, código 277.31 de la novena clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) y la enfermedad de Andrade o polineuropatía amiloidótica familiar, de transmisión autosómica dominante, incluida en la CIE-9 en "otras amiloidosis" (277.39). Ambas enfermedades están incluidas en el Registro poblacional de enfermedades raras y disponen de un registro hospitalario propio que permite realizar el seguimiento a los pacientes. El objetivo del estudio es describir los casos de fiebre mediterránea familiar y de la enfermedad de Andrade incluidas en el Registro poblacional de enfermedades raras de las islas Baleares. Los casos del registro se han obtenido del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de todos los hospitales públicos de las Islas Baleares sin que por el momento se hayan incorporado otras fuentes.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de fiebre mediterránea familiar y de la enfermedad de Andrade registrados en el Registro poblacional de enfermedades raras de las Islas Baleares en los años 2010-2012.

Resultados: Los casos de fiebre mediterránea familiar registrados en los años 2010-2012 fueron 5, 3 mujeres, con edades entre 28 y 42, y 2 hombres de 15 y 84 años. Tres residen en la isla de Mallorca y 2 en Menorca. De los 5 casos 4 se registraron en el año 2011. Los pacientes registrados con la enfermedad de Andrade fueron 28, 18 hombres, con una mediana de edad de 62 años (28-81) y 10 mujeres con me-