

**Método:** Se solicitó el permiso del autor para la adaptación del ECog. Se administró el test a población clínica y comunitaria. Los criterios de inclusión para la población clínica eran pacientes mayores de 60 años que acudían a consulta por pérdida cognitiva desde el 15 de marzo de 2017 al 15 de marzo de 2018. Tenían que venir acompañados de un informante, que lo conociera mínimo desde hacía 10 años, quien contestaba el ECog. Al paciente se le realizó una valoración funcional y se administraron las escalas de cribado cognitivo *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) y *Blessed Dementia Scale* (BDS), que forman parte de la práctica clínica habitual. En consenso se diagnosticó a los pacientes como cognitivamente sanos, afectados de ACL y tipo según criterios de la Clínica Mayo o de demencia según criterios de deterioro neurocognitivo mayor del DSM-V.

Se pidió la participación de voluntarios sanos mayores de 60 años de la comunidad para contestar el ECog. Se realizó entrevista clínica previa y se administró el MMSE para descartar afectación neurocognitiva.

**Resultados preliminares:** Analizados los resultados de 316 personas (127 sanos, 60 ACL y 129 demencia), el ECog muestra correlaciones significativas con el MMSE ( $r = -0,706$ ,  $p < 0,01$ ), CDR ( $r = 0,811$ ,  $p < 0,01$ ) y BDS ( $r = 0,639$ ,  $p < 0,01$ ). El análisis de regresión logística multinomial, ajustado por edad y estudios, muestra una discriminación significativa entre ACL y sanos ( $\chi^2 = 29,971$  y  $p < 0,01$ ) y entre ACL y demencia ( $\chi^2 = 36,914$  y  $p < 0,01$ ). La sensibilidad del ECog para discriminar demencia de ACL es de 0,91, y controles sanos de ACL, de 0,90.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares muestran el ECog como un instrumento útil en la valoración de pacientes con pérdida cognitiva. Acabado el periodo de reclutamiento y recogida de datos, se replicarán los cálculos, se examinará la estructura interna del ECog y su validez para discriminar entre los tipos de ACL.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.006>

## OC-006

### Evaluación de los cambios precoces de la retina en la enfermedad de Alzheimer y contribución de la papila en la progresión de la enfermedad



J.M. Ramirez<sup>a</sup>, E. Salobar-García<sup>a</sup>, R. de Hoz<sup>a</sup>, R. Yubero Pancorbo<sup>b</sup>, I. López-Cuenca<sup>a</sup>, P. Gil Gregorio<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigaciones Oftalmológicas Ramón Castroviejo, Madrid, España

<sup>b</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

**Objetivos:** La enfermedad de Alzheimer (EA) es una neurodegeneración en la que se encuentran involucradas áreas del cerebro encargadas del procesamiento visual con la existencia de depósitos de  $\beta$ -amiloide y tau en la retina. El objetivo de este trabajo es el estudio mediante pruebas oftalmológicas para detectar cambios que ayuden al diagnóstico y seguimiento de la EA.

**Métodos:** Treinta y dos pacientes con EA leve, 20 pacientes con EA moderada y 35 controles se sometieron al examen de la agudeza visual (AV), sensibilidad al contraste (SC), pruebas de percepción de color y examen del espesor de la retina mediante tomografía de coherencia óptica (OCT). Todos los pacientes fueron clasificados de acuerdo con la Escala de deterioro global (GDS).

**Resultados:** Se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,01$ , Mann-Whitney) entre el grupo EA leve y EA moderada respecto al control en la AV (-12,29%) y en todas las frecuencias de la SC, siendo las frecuencias más altas las que muestran un mayor descenso (frecuencias bajas de -14% y en altas del -40%). En la visión del color, a pesar de que no hay una discromatopsia definida,

a mayor progresión de la enfermedad los pacientes tienen más fallos inespecíficos, siendo significativos ( $p < 0,01$ , Mann-Whitney) tanto en la región del azul como en la del rojo-verde. El espesor de la OCT macular en la EA leve tenía una disminución significativa en la fovea (-7,29%) y en el anillo interno (excepto en nasal) respecto al control. En la EA moderada respecto a la EA leve se encontró un aumento significativo ( $p < 0,01$ , Mann-Whitney) de la fovea, anillo macular interior y anillo macular exterior (excepto inferior), así como un aumento significativo del volumen macular (+4,35%). El espesor peripapilar mostró una disminución significativa ( $p < 0,01$ , Mann-Whitney) en el cuadrante inferior de la EA moderada respecto a ambos grupos (-12%), mientras que en los pacientes con EA leve respecto al control no había diferencias significativas.

**Conclusiones:** Precozmente, en la EA se aprecian cambios maculares y de los test psicofísicos, mientras que cuando la enfermedad progresa los cambios se evidencian a nivel peripapilar, lo que permitiría una evaluación de la progresión de la enfermedad.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.007>

## OC-007

### Parámetros analíticos de rutina como factor pronóstico de mortalidad



C. Elías de Molins Peña, B. Gamboa Huarte

Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

**Objetivos:** Determinar los parámetros analíticos solicitados de forma rutinaria que puedan justificar de manera independiente la mortalidad al año en pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría.

**Material y métodos:** Estudio analítico retrospectivo de pacientes ingresados en el servicio de geriatría en la unidad de agudos del Hospital Nuestra Señora de Gracia durante los meses de junio a noviembre de 2014, con seguimiento al año de su fecha de alta. Como variable resultado se analizó la asociación entre distintos parámetros analíticos, con la mortalidad al año del alta.

**Resultados:** Se estudiaron 318 pacientes, con una edad media de  $87 \pm 2$  años, cuyo antecedente médico más frecuente era la patología cardiovascular (82,39%).

Estancia media (EM): (50% EM: 9 días). Mortalidad intrahospitalaria: 15,41%; mortalidad 6 meses: 26,3%; mortalidad 12 meses del alta: 10,15%. Institucionalizados al ingreso: 17,37%; supervivientes al año residentes en institución: 14,04%.

Anomalías en parámetros analíticos: a nivel renal, 5% creatinina  $\geq 2$ ; 25% urea  $> 72$ ; un 10% presentaron trastornos a nivel electrolítico. A nivel hormonal: 10% TSH  $\geq 4$ ; 25% Vit B12  $\leq 300$  (10% Vit B12  $\leq 200$ ); 50% Ac. fólico  $\leq 7$  (25%  $\leq 4,5$ ).

Anemia 68,14%; proteínas totales  $< 5$  g/dl 46,47%, albumina  $< 3$  g/dl 86,67% y  $< 2$  g/dl 25,4%.

En el estudio bivariante, dentro de los parámetros analíticos registrados presentaron una mayor asociación con muerte al año, presencia de anemia ( $p = 0,03$ ), valores de hemoglobina  $< 10$  ( $p = 0,0276$ ), valores de albúmina  $< 3$  ( $p = 0,00$ ) y de ácido fólico  $< 9$  ( $p = 0,0046$ ).

En el análisis multivariante, dos parámetros analíticos demostraron relación independiente con la mortalidad al año: anemia (OR: 2,26; IC 95%: 1,120-4,354) y albumina (OR: 0,049; IC 95%: 0,253-0,796).

**Conclusiones:** La anemia y la hipoalbuminemia presentan asociación independiente con mayor mortalidad al año. Parámetros analíticos de rutina pueden ayudar a identificar a los pacientes más