

reposo, en ayunas y sin medicación desde la noche previa. Se realizó un análisis de VFC en los dominios del tiempo y frecuencia mediante el software Kubios.

Resultados: Se estudiaron 40 pacientes. Edad $70,5 \pm 7,5$, duración de la enfermedad $6,5 \pm 5$ y UPDRS III $29,1 \pm 14,4$. Ajustando por comparaciones múltiples, el intervalo RR medio ($p = -0,457$; $p = 0,024$), la desviación estándar de los intervalos NN (DEINN) ($p = -0,436$; $p = 0,04$), y la potencia total ($p = -0,454$; $p = 0,024$) mostraron una correlación inversa con la UPDRS III. Mediante un modelo de regresión lineal para cada variable de VFC que había mostrado correlación, introduciendo como covariables independientes la edad y los años de duración de la enfermedad, la UPDRS III fue predictor independiente del intervalo RR medio ($B = -0,323$; $p = 0,046$). Asimismo, se clasificó la muestra en pacientes con $H\&Y \leq 2$ ($n = 20$) y > 2 ($n = 20$). El grupo de menor gravedad mostró valores mayores de intervalo RR medio, DEINN, la raíz cuadrada de la media de las diferencias sucesivas y los poderes espectrales de alta y baja frecuencia. Ninguna diferencia mantuvo la significación tras ajustar por LEDD, aunque el poder espectral total, el poder de baja frecuencia y la DEINN mostraron una tendencia hacia la significación.

Conclusión: La disfunción autonómica es un marcador de gravedad de la EP, que se puede determinar mediante la VFC.

21156. CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ESCALA MNCD DEL PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Contreras Peña, J.; González Antón, D.; Ruiz López, C.; Arribas Ballesteros, B.; Rosón González, M.; Martínez López, E.; Vela Desojo, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: Medir la capacidad predictiva de la escala MNCD sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes con EP.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes con EP estudiada en 2005. Se registraron el estadio y sumatorio MNCD, así como datos de mortalidad y evolución. Se estimó la supervivencia global (SG) y libre de progresión (estadio V de Hoehn y Yahr (H&Y), demencia y dependencia) mediante el método de Kaplan-Meier y su asociación con el estadio y el sumatorio del MNCD mediante modelos de regresión de Cox. Como medida de rendimiento del modelo se utilizó el c-index.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes (edad 68 ± 10 ; 45% mujeres; seguimiento $11,36 \pm 4,4$ años). En el análisis multivariante, ajustando por edad, sexo y tiempo de evolución, el estadio MNCD y el sumatorio MNCD se asociaron de manera estadísticamente significativa con el pronóstico: Dependencia (HR = 2, IC95%: 1,4-3,1, $p = 0,001$ y HR = 1,4, IC95%: 1,2-1,6, $p \leq 0,001$), estadio V H&Y (HR = 1,7, IC95%: 1,1-2,7, $p = 0,029$ y HR = 1,3, IC95%: 1,1-1,5, $p = 0,002$), demencia (HR = 2, IC95%: 1,3-3,2, $p = 0,002$ y HR = 1,3, IC95%: 1,1-1,5, $p < 0,001$) y SG (y, HR = 1,5, IC95%: 1,04-2,1, $p = 0,028$ y HR = 1,13, IC95%: 1,03-1,25, $p = 0,012$). El comportamiento pronóstico de la escala MNCD es similar al de la escala H&Y, pero mejor en cuanto a dependencia.

Conclusión: El estadio y el sumatorio MNCD se asocian con el pronóstico a largo plazo de los pacientes con EP con respecto a SG, dependencia, estadio V H&Y y demencia.

20604. LA CLASIFICACIÓN MNCD CORRELACIONA MEJOR CON LA CALIDAD DE VIDA Y SITUACIÓN FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON QUE EL HOEHN Y YAHN

Gallego González, L.¹; Santos García, D.¹; de Deus Fonticoba, T.²; Jesús Maestre, S.³; Cosgaya, M.⁴; García Caldentey, J.⁵; Caballol Pons, N.⁶; Legarda, I.⁷; Hernández Vara, J.⁸; Cabo, I.⁹; López Manzanares, L.¹⁰; González Aramburu, I.¹¹; Ávila Rivera, M.¹²; Gómez Mayordomo, V.¹³; Nogueira Fernández, V.¹⁴; García Soto, J.¹⁵; Borrué

Fernández, C.¹⁶; Solano Vila, B.¹⁷; Álvarez Sauco, M.¹⁸; Vela, L.¹⁹; Escalante, S.²⁰; Cubo, E.²¹; Mendoza, Z.²²; Pareés, I.²³; Sánchez Alonso, P.²⁴; Alonso Losada, M.²⁵; López Ariztegui, N.²⁶; Gastón, I.²⁷; Kulisevsky, J.²⁸; Seijo Martínez, M.⁹; Valero Merino, C.²⁹; Alonso Redondo, R.¹⁴; Ordás, C.³⁰; Menéndez González, M.³¹; Martínez Martín, P.³²; Mir Rivera, P.³²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ²Servicio de Neurología. Hospital Arquitecto Marcide; ³Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁵Servicio de Neurología. Centro Neurológico Oms42; ⁶Servicio de Neurología. Hospital de Sant Joan Despi Moisés Broggi; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Pontevedra; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ¹²Servicio de Neurología. Hospital General de l'Hospitalet; ¹³Servicio de Neurología. Hospital Universitario Vithas Madrid la Milagrosa; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Lucus Augusti; ¹⁵Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía; ¹⁷Servicio de Neurología. Institut d'Assistència Sanitària. Institut Català de la Salut; ¹⁸Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; ¹⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ²⁰Servicio de Neurología. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa; ²¹Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos; ²²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Canarias; ²³Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ²⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ²⁵Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ²⁶Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; ²⁷Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; ²⁸Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ²⁹Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; ³⁰Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ³¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; ³²Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED).

Objetivos: MNCD (Motor/Non-Motor/Cognition/Dependency) es una reciente herramienta propuesta que permite clasificar en estadios la enfermedad de Parkinson (EP) que resulta fácil de aplicar en la práctica clínica pero más completa que el estadiaje de Hoehn y Yahr (H&Y). Analizamos la correlación del estadiaje y sumatorio del MNCD con la calidad de vida (CdV) y situación funcional (SF) comparado con el H&Y. **Materiales y métodos:** Estudio multicéntrico transversal en el que se incluyeron pacientes con EP de la cohorte COPPADIS a los que se les aplicó el estadiaje MNCD (MNCD_e) (0 a 5), sumatorio MNCD (MNCD_s) (0 a 12), estadiaje de H&Y y estadiaje de H&Y modificado (H&Y_m). Se utilizó el cuestionario PDQ-39 para evaluar la CdV relacionada con la EP, el PQ-10 y EUROHIS-QoL8 para la CdV global, y la escala ADLS (Schwab&England) para la SF.

Resultados: Se incluyeron 439 pacientes (edad $62,1 \pm 9,4$; 59% varones). Los datos de correlación para las variables PDQ-39, PQ-10, EUROHIS-QoL8 y ADLS, respectivamente, fueron (valor de p entre 0,035 y $< 0,0001$): 1) H&Y: 0,354; -0,109; -0,188; -0,404. 2) H&Y_m: 0,402; -0,104; -0,211; -0,454. 3) MNCD_e: 0,373; -0,261; -0,327; -0,376. 4) MNCD_s: 0,693; -0,405; -0,488; -0,529. Por dominios de la PDQ39 y EUROHIS-QoL8, la mayor correlación fue entre el MNCD_s y movilidad ($r = 0,642$; $p < 0,0001$) y MNCD_s y energía ($r = -0,455$; $p < 0,0001$), respectivamente.

Conclusión: La clasificación MNCD permite utilizar estadiaje (MNCD_e) y sumatorio (MNCD_s) y correlaciona mejor con la CdV y SF que el H&Y.

21450. DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA MULTIDIMENSIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PARKINSONISMOS ATÍPICOS

Ruiz Barrio, Í.; Horta Barba, A.; Puig Davi, A.; Aracil Bolaños, I.; Martínez Horta, S.; Kulisevsky, J.; Pagonabarraga, J.

Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.