

MESA 11

Área clínica: problemas clínicos de interés (2)

Viernes, 7 de junio, 17.45 horas

Moderadores:

Fernando Veiga Fernández
Vocal Autonómico de la SEGG - Galicia

Francisco Gómez Alonso
Vocal Autonómico de la SEGG - Asturias

17

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ANCIANO: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR BASADO EN LA INTRODUCCIÓN DE TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE EN LA SITUACIÓN FUNCIONAL Y LOS REINGRESOS

Mascaró, J.; Chivite, D.; Porras, P.; Flores, M.; Formiga, F.; Pujol, R.

UFISS de Geriatria. Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet. Barcelona.

Introducción: Los programas multidisciplinarios (PM) de manejo de la insuficiencia cardíaca (IC) en ancianos han demostrado su eficacia. El uso como uno de sus componentes del tratamiento betabloqueante (TBB) no ha sido todavía estudiado en esta población.

Objetivos: Evaluar la influencia de un PM basado en la optimización terapéutica (añadir carvedilol) mediante intervención domiciliaria en la evolución de los ancianos afectos de IC.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes > 65 años con IC secundaria a disfunción sistólica, ingresos previos por descompensación, estables bajo tratamiento con IECA + diurético y sin contraindicaciones para el TBB. Se determinó la fracción de eyección (FE) del VI, la clase funcional (NYHA), la situación funcional global (Barthel, OARS-AIVD), y la capacidad de esfuerzo (6-minute walking test) y calidad de vida relacionadas con la IC (Minnesota). El tratamiento con carvedilol se inició ambulatoriamente, con incrementos paulatinos de dosis hasta alcanzar la máxima tolerada, bajo supervisión domiciliaria por un equipo de enfermería. Al año del inicio del TBB los pacientes fueron reevaluados.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (edad 77 ± 7 años, FE 31%); 20% fallecieron y el 15% se retiró del estudio a lo largo del año de seguimiento. El control domiciliario permitió alcanzar dosis elevadas de mantenimiento (media 32 mg/día) de carvedilol. En el 65% que completó el seguimiento se observó una reducción de la tasa anual de ingresos (2,4 vs 0,7, $p = 0,0017$) y una mejora de la clase funcional (NYHA 2,3 vs 1,9, $p = 0,03$), así como una mejoría no significativa de la FE. El resto de variables evaluadas no experimentó modificaciones.

Conclusiones: Los PM domiciliarios permiten introducir el tratamiento betabloqueante a dosis correctas en los ancianos con IC compensada. Esta estrategia puede asociarse a una reducción de la hospitalización y una mejora de la clase funcional en este grupo de pacientes.

37

ETIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN VESICouretral NEURÓGENA EN EL ANCIANO

Verdejo Bravo, C.; Adot Zurbano, J. M.*; Salinas Casado, J.**; Virseda Chamorro, M.***; Ribera Casado, J. M.; Resel Estévez, L.**

* Servicio de Urología. Hospital Militar de Burgos. ** Servicios de Geriatria y de Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. *** Servicio de Urología. Hospital Gómez Ulla. Madrid.

Objetivos:

1. Describir las causas, así como las características urodinámicas y electromiográficas, de la disfunción vesicouretral de tipo neurógeno en una muestra de ancianos.

2. Establecer una correlación entre las diferentes patologías y el tipo de lesión neurológica responsable de la disfunción vesicouretral.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, de una serie consecutiva de ancianos remitidos a estudio por sospecha clínica o urodinámica de disfunción vesicouretral neurógena. Se aplicó un protocolo que incluía variables clínicas, un estudio urodinámico y una electromiografía. El análisis estadístico se efectuó mediante la prueba de la chi cuadrado para comparación de proporciones. En variables cuantitativas, se realizó la comparación de medias mediante la prueba t. El análisis multivariante se realizó mediante análisis de regresión logística utilizando el método de retirada de variables por pasos (backward).

Resultados: Muestra: 56 pacientes (44 varones); edad media 71,2 años (intervalo 65-80). Etiologías más frecuentes: enfermedades yatrogénicas (resección abdominoperineal) en 23 casos (41,1%), patología tumoral del SNC (primaria o metastásica) en 8 casos (14,3%), patología degenerativa del SNC en 6 casos (10,7%) y patología vascular en 5 casos (8,9%). La lesión pudenda inferior S2-S4, se relacionó de forma negativa con los procesos degenerativos del SNC (B-3,4; $p=0,004$), y con la patología tumoral del SNC (B-2,3; $p=0,007$). Las lesiones pudendas superior, mixta y ausencia de lesión, no se relacionaron con ninguna patología concreta ($p=0,026$; $p=0,15$ y $p=0,05$, respectivamente). La lesión superior del elemento parasimpático (hiperreflexia vesical), se asoció con la patología vascular del SNC (B=3,2; $p=0,007$), no observándose ninguna otra relación entre esta disfunción y otras patologías. La lesión inferior del elemento simpático (incompetencia de cuello en el llenado), no se asoció de forma significativa con ninguna patología ($p=0,17$).

Conclusiones:

1. Los procesos yatrogénicos-postquirúrgicos aparecen como una causa frecuente de disfunción vesicouretral en el anciano.

2. Las enfermedades vasculares del SNC se relacionan con la existencia de hiperreflexia vesical.

3. La lesión baja del elemento somático S2-S4, no se produciría ante procesos neurológicos como la patología tumoral del SNC ni con procesos degenerativos tales como la enfermedad de Parkinson.

97

FACTORES ASOCIADOS A LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA EN ANCIANOS ASISTENTES A UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Polonio López, B.*; Garra Palud, L.**

* Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. ** Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Psicología. Talavera de la Reina (Toledo).

Las alteraciones del equilibrio y de la marcha son una de las causas principales de discapacidad funcional e inmovilismo en el anciano, siendo, además, uno de los principales motivos de caídas.

Objetivo: Conocer los factores que se asocian a las alteraciones del equilibrio y de la marcha en ancianos asistentes a un hospital de día geriátrico.

Método: Estudio longitudinal de los ancianos atendidos consecutivamente durante un año en un hospital de día geriátrico. Se recogieron datos mediante un protocolo que incluía, datos sobre la situación clínica, mental, funcional, de equilibrio y marcha, en el momento del ingreso, y al alta.

Resultados: Del total de 217 pacientes atendidos, 131 eran mujeres y 86 hombres. La edad media es de 79,24 y la estancia media de 87,75. El diagnóstico más prevalente fue el accidente cerebrovascular (30,4%). Desde el punto de vista funcional y mental, los datos fueron: Escala de Cruz Roja Física 2,51 (dt 0,73), Índice de Barthel: 72,17 (dt 17,90), Escala de Cruz Roja Mental: 0,78 (d.t. 1,02), Test de Pfeiffer: 2,31 (dt 2,50), test de Tinetti equilibrio : 9,05 (dt 4,20) y marcha: 8,16 (dt 8,30).

Conclusiones: La marcha es una de las habilidades funcionales que más habitualmente está alterada en ancianos asistentes a un hospital de día. Las alteraciones de la misma se correlacionan significativamente con la escala de Barthel, pero no con la Escala de Cruz Roja Física, que también valora actividades básicas de vida diaria. Hay correlación negativa con el grado de deterioro cognitivo ($p < 0,05$). La marcha mejoró en el 72,7% de los casos.

184

VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO DINÁMICO PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ANCIANOS MEDIANTE POSTUROGRAFÍA

Montiel, M.; León, A.; Feijoo, R.; Sánchez, C.; Cuesta, F.; Lázaro, M.; Ribera, J. M.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir el equilibrio dinámico en actividades de la vida diaria en ancianos que sufren caídas, comparándolo con sujetos que no se caen.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo. Se seleccionaron sujetos mayores de 65 años, con al menos una caída en los últimos 6 meses, valorados en la Unidad de Caídas del Hospital Clínico San Carlos. Los ancianos sin caídas se obtuvieron del registro del estudio longitudinal *Envejecer con Éxito*, realizado por el propio servicio. Se excluyeron aquellos sujetos que no aceptaron el Consentimiento Informado, ancianos con deterioro cognitivo moderado-severo y con incapacidad para mantener la bipedestación. Se realizaron pruebas de equilibrio dinámico (*Sit To Stand*, *Walk Across* y *Step Up Over*) con el posturógrafo *Balance Master* (*Neurocom*). Mediante la prueba denominada *Sit To Stand* se contabilizó el tiempo que tardó el individuo en alcanzar la bipedestación desde la posición de sentado. En el test *Step Up Over* se valoró el equilibrio y la coordinación mediante la fuerza ejercida (porcentaje de peso corporal -% PC-) por las extremidades inferiores al subir y bajar un escalón. Para la comparación de medias se emplearon t de Student para muestras independientes y U de Mann-Whitney (no normalidad), para la comparación de proporciones 2 Pearson, y para la medida de la fuerza de asociación (OR), interacción y confusión, regresión logística binaria (SPSS -v.9.0-).

Resultados: Se estudiaron 61 pacientes (33 con caídas de repetición y 28 sujetos sin caídas). La edad media fue de 78,5 años (DE 7,5) y de 75,3 (DE 3,9) respectivamente ($p = 0,035$). Un 78,8% y un 53,6% en cada grupo fueron mujeres ($p = 0,037$). El consumo de diuréticos, benzodiazepinas e IRSS fue similar en ambos grupos. Sólo recibían neurolépticos el 9% de los ancianos con caídas. El tiempo (segundos) transcurrido hasta adoptar la bipedestación fue mayor en los sujetos con antecedentes de caídas de repetición (mediana: 1,22 (RI 0,38-3,19) vs 0,32 (RI 0,23-0,98) - $p = 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la velocidad de la marcha (cm/seg) entre ambos grupos, aunque fue ligeramente menor en los casos (37,38 (DE 20,42) vs 45,53 (DE 19,67) - $p = 0,112$) (*Walk Across*). En *Step Up Over* la fuerza ejercida fue mayor en los sujetos sin antecedentes de caídas al subir un escalón (media %

PC izquierdo: 32,8 (DE 11,6) vs 20,0 (DE 10,8) - $p < 0,001$ -; media % PC dcho: 35,5 (DE 23,6) vs 21,14 (DE 10) - $p = 0,013$), y al bajarlo (media % PC izdo 48,8 (DE 12,0) vs 30,8 (DE 13,6) - $p < 0,001$ -; media % PC dcho 49,4 (DE 24,6) vs 29,3 (DE 16,4) - $p = 0,003$). No se observó confusión ni interacción por edad o sexo en ninguna de estas asociaciones.

Conclusiones: Los sujetos que se caen realizan una secuencia de movimiento más lenta al adoptar la bipedestación. Parece apreciarse una mayor velocidad de la marcha en los sujetos sin antecedentes de caídas, que no alcanza significación estadística en este estudio. En esta serie, los pacientes sin antecedentes de caídas cargan una mayor proporción de peso corporal al subir y bajar un peldaño.

188

VALORACIÓN DEL ANCIANO CON HOSPITALIZACIÓN RECIENTE POR EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

Petidier, R.; Bartolomé, S.; Areosa, A.; Salcedo, M. J.; Guillén, F.

Servicio de Geriátria. Unidad de Cuidados Comunitarios. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Objetivo: Comprobar si existe una relación entre la valoración de un anciano recientemente hospitalizado por parte del equipo de Atención Primaria y la estratificación de esos pacientes en base a su riesgo de declinar funcional.

Método: Todos los pacientes dados de alta en la Unidad de Agudos (UGA) durante un período de 6 meses fueron clasificados según su riesgo de declinar funcional con el Hospital Admisión Risk Profile (HARP). Se excluyeron aquellos pacientes que al alta se ubicaban en residencias, en otros servicios del hospital, o en instituciones de media o larga estancia de apoyo. De acuerdo con un protocolo prediseñado, los pacientes recibieron un contacto telefónico a las dos semanas del alta para recabar información acerca del seguimiento/valoración por parte del equipo (médico y/o enfermera) del Centro de Salud (CS) correspondiente.

El estudio estadístico se realizó con StatView 4,5, con determinaciones de chi cuadrado para variables no continuas y Anova para análisis de la varianza.

Resultados: Un total de 428 pacientes fueron valorados al alta de los cuales quedaron descartados: 35 (8,2%) por datos incompletos; 29 (6,8%) por reingreso antes de la segunda semana post-alta; 12 (2,8%) por fallecimiento y 52 (12,1%) por presentar ya previamente al ingreso un grado de dependencia severo (I. Barthel < 40). De los 300 pacientes con valoración completa, el 90,3% eran catalogados como de riesgo intermedio o alto para declinar funcional; pese a ello sólo el 53,6% fue objeto de una valoración por parte del EAP en las primeras dos semanas post-alta: 45 (15%) por la enfermera en domicilio, 37 (12,3%) por el médico en domicilio, 43 (14,3) por ambos en domicilio y 36 (12%) al acudir el propio paciente al CS. No se encontraron diferencias significativas a la hora de relacionar la valoración del EAP con el grupo de riesgo (alto, intermedio o bajo) para declinar funcional al que quedaban asignados los pacientes al alta.

Conclusiones: 1. Un muy alto porcentaje de pacientes ancianos hospitalizados en una UGA tiene riesgo intermedio o alto de declinar funcional al alta; 2. Casi la mitad de estos pacientes no reciben valoración directa por parte del EAP en las dos primeras semanas post-alta, evidenciando una clara carencia para identificar estas situaciones de alto riesgo; 3. No hemos encontrados asociación estadística entre la realización de la valoración por el EAP y la estratificación del riesgo del paciente para declinar funcional.

197

NECESIDADES DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Sáez López, S.; Martínez, N.; Vega, J.; Arranz, C.; Ávila Tato, R.; Gómez Pavón, J*.

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Virgen de la Poveda. * Servicio de Geriátria. Hospital de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Valorar las diferencias en necesidades de cuidados de enfermería en el anciano con enfermedad oncológica en fase terminal ingresado en una Unidad de Cuidados Paliativos.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Poveda del 1-2-97 al 1-1-2002. N: 549 (222 mujeres, edad media: 69 ± 12 años). Son analizados según protocolo de 33 ítems, de acuerdo a tres grupos: Grupo Adulto no anciano (A): 65 años; Grupo anciano B: de 66 a 75 años, Grupo Anciano C: > 75 años. Análisis estadístico bivariable realizado con χ^2 para variables categóricas y T de Student para cuantitativas. 95% de IC, p< 0,05.

Resultados: Grupo A: 118 (40 mujeres, edad media: 55 ± 7 años). Grupo B: 104 (43 mujeres, edad media: 71 ± 2 años), Grupo C: 114 (49 mujeres, edad media: 83 ± 5 años). No hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a las características del cuidado de: número, tipo y complicaciones de úlceras; uso y tipo de sonda nasogástrica o vesical; problemas y cuidados de la boca; necesidad de cuidados de sueño-vigilia, de alimentación y de comunicación. El anciano (grupo B y C), sobre todo el más anciano (grupo C) presenta mayor necesidad de cuidados de enfermería en movilización (74% vs 85% vs 92%, p=0,01), higiene (76% vs 92% vs 98%, p< 0,001) y eliminación (41% vs 52% vs 70%, p< 0,001).

Conclusiones: Los ancianos, sobre todo los de mayor edad, oncológicos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos, precisan con respecto al adulto no anciano, de una mayor necesidad de cuidados de enfermería en relación a mayor dependencia en movilización, higiene y eliminación.

1045

INFRAUTILIZACIÓN DE TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Juárez Maldonado, O.; San Cristóbal Velasco, E.; Suárez Linares, M.; Arche Coto, J. M.; Montero Rodríguez, A.; Solano Jaurrieta, J. J.

Servicio de Geriátrica. Hospital Monte Naranjo. Oviedo.

Objetivo: Identificar los patrones de tratamiento antitrombótico previo en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular (ECV) asociada a fibrilación auricular, así como los predictores de su utilización.

Material y método: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Se incluyen los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Ictus con historia de FA (1-1-00 al 31-12-01), analizando las siguientes variables:

1. Características basales: edad, sexo, convivencia, tratamiento antitrombótico previo, situación funcional previa mediante el Índice de Barthel (IB) y presencia de deterioro cognitivo.

2. Factores de riesgo vascular (FRV) que indicarían la anticoagulación (HTA, ECV, previa, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica).

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS utilizando los tests de chi cuadrado, eta de Anova, y test de regresión logística incluyendo las variables que demostraron relación estadísticamente significativa con el patrón de tratamiento antitrombótico.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 210 pacientes (82 ± 6 años, 64,3% mujeres, 87,6% mayores de 75 años), con un IB previo de 83,3 ± 26,2 (18,1% IB <60). Estaban diagnosticados de Demencia un 20,5%. Vivían solos un 20%, con el cónyuge un 31% con hijos un 29% y un 9,5% en residencia.

Sólo un 10,5% de los pacientes no presenta ningún FRV que indicara la anticoagulación.

Descriptivo: El 16% estaban anticoagulados y el 42,3% recibían antiagregación.

Análisis univariante: la edad y antecedentes de ECV, Insuficiencia cardíaca, HTA y diabetes mellitus estaban estadísticamente relacionados con la anticoagulación (p< 0,05).

Análisis multivariante: Corroboró estos resultados a excepción de HTA.

Conclusiones: En nuestro medio y en pacientes con fibrilación auricular que sufren una ECV el tratamiento Antitrombótico está infrautilizado. La edad se relaciona con una menor tasa de tratamiento anticoagulante a

pesar de la edad superior a 75 años se considera una indicación para el mismo.

1123

VALORACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MAYORES DE 75 AÑOS MEDIANTE UTILIZACIÓN DE PULSÓMETROS

Forcano, M.; Cucullo, J. M.; Aznar, P.; Echavarrí, J. M.; Torrerros, J. L.

Hospital San Jorge. Zaragoza.

Objetivo: Valorar la respuesta cardíaca al ejercicio físico mediante la medida de la frecuencia cardíaca con pulsómetros y conocer el grado de esfuerzo que implican diferentes actividades para el anciano.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, de los ancianos incluidos en un programa de actividad física individualizada para mayores de 75 años. Se registraron valores de frecuencia cardíaca tras realización de ejercicio mediante colocación de pulsómetros. Se colocaron en sesiones de 45 minutos de duración, de ejercicio tipo aeróbico con grabación de registros desde el inicio de la fase de calentamiento hasta el final de la sesión. Las sesiones constaban de los siguientes ejercicios: calentamiento, andar alrededor de la pista, subir los peldaños de las curvas en diversas posiciones, ejercicios concéntricos y excéntricos con EESS y EEII, ejercicios abdominales en decúbito supino, ejercicios isométricos, ejercicios respiratorios, ejercicios generales dinámicos con música y fase de recuperación. Se calcularon las frecuencias cardíacas máximas teóricas para cada individuo y se compararon con las alcanzadas.

Resultados: De un total de 31 ancianos se pudo completar el estudio en 25. Edad media de 77,7 años y prevalencia de mujeres del 68%. El 52% eran ancianos que no habían realizado previamente gimnasia de mantenimiento. La media de las FC promedio de todos los participantes durante la sesión fue 94 ppm, siendo el rango de 71 a 119. La FC máxima media durante la sesión fue 112 ppm, con un rango de 85 a 141, con valores inferiores a los estimados por la edad de los pacientes (FC máxima teórica media 142, con un rango de 134 a 151). Un participante trabajó al 100% de la FC máxima teórica, mientras que el resto lo hicieron entre el 57% y el 93%, con una media del 79%. Tras incorporación del suelo al ortostatismo se registraron variaciones de hasta 20 pulsaciones en 5-10 segundos, con una media de aumento de 18 pulsaciones en dos minutos. Ejercicios más fuertes (descenso del tronco y abdominales) no demostraron una mayor elevación de la FC. Varias personas no demostraron ante el ejercicio respuesta de aumento de la frecuencia cardíaca. Ningún asistente refirió disnea severa, mareos, dolor o palpitaciones.

Conclusiones: 1. estas actividades, el anciano trabaja por debajo de sus límites fisiológicos, con un margen de seguridad suficiente respecto a FC máximas teóricas. 2. Debe insistirse en los cambios lentos de supino al ortostatismo, dado que provocan aumentos mayores que muchos ejercicios. 3. El ejercicio en el anciano debe individualizarse, considerando la zona de trabajo óptima para estas edades entre 100-120 ppm.

1141

¿CÓMO ESTÁN ATENDIDOS NUESTROS ANCIANOS?

Salamanca Carranza, I.; Ramos Cuadrado, A.; Velázquez San Francisco, I.

* Hospital Universitario Salamanca. ** Centro de Salud Alba de Tormes.

*** Gerencia Atención Primaria. Salamanca.

Objetivos: 1. Evaluar la Calidad de la Atención prestada a la población anciana de nuestro Área de Salud. 2. Identificar áreas de mejora en dicha atención.

Diseño: Descriptivo transversal.

Ámbito: Área de Atención Primaria.

Sujetos: Población del Área de 75 o más años (38,599 en el año 2000), que residan en la misma durante más de 6 meses. Excepción: exclusión voluntaria, exitus.

Métodos: Identificación de casos mediante Registro de Tarjeta Sanitaria Individual del Área Actualizado, Registros Específicos del Programa y estimación por muestreo de historias clínicas (HC) con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 10% mediante la aplicación de la fórmula de proporciones en poblaciones finitas.

Mediciones: Indicador de Cobertura, Normas Técnicas (NT) y subnormales del Servicio de Atención al Anciano perteneciente a la Cartera de Servicios de Atención Primaria, mediante el audit de HC.

Resultados: Se evaluaron 783 HC, observando una Cobertura del Servicio del 20,5%, inferior a la del año anterior (23,1%) y a la del INSA-LUD (39,6%). El cumplimiento global del Área respecto a las NT fue del 57,32%, observando algunas NT con un cumplimiento inferior al 50%: Explotación del canal Auditivo (40,2%); Prevención de Accidentes Domésticos (40,36%); Valoración de la Situación económica y de la vivienda (37,3%); Cambios de Domicilio (33,6%); Utilización del Ocio y tiempo libre (28,4%); Problemas Identificados (32,3%) y Existencia de un Plan de Cuidados (33,3%). Se había realizado valoración de riesgo en el 65%, valoración funcional de las actividades de la vida diaria en el 62% y valoración cognitiva según protocolo en el 61%. Un cumplimiento superior al 80% se observó en la Valoración y diagnósticos clínicos, la anamnesis sobre incontinencia urinaria, caídas, agudeza visual y auditiva, ingresos, hospitalarios (número y causa), convivientes y especialmente el Consumo de fármacos (dosis y tiempo, 95%).

Conclusiones: No alcanzamos un estándar mínimo de cobertura del 50% y un 40% de las normas y subnormas del Programa no alcanzan el estándar del 50% de Cumplimiento Global en el Área, fundamentalmente las relacionadas con los cuidados del anciano. Consideramos prioritario la puesta en marcha de un Proyecto de Mejora de Calidad del Servicio de Atención al Anciano en nuestro Área de Salud. A tal fin se ha constituido una Comisión para el Diseño y puesta en marcha de un proyecto de Mejora de calidad, en varias etapas, con un objetivo inicial de garantizar un estándar mínimo de un 50% de cumplimiento en todas las mediciones.

1151

PATRONES DE ACTIVIDAD CORTICAL Y ATROFIA CEREBRAL EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Ramírez, S. P.*; Maestu, F.**; Arrazola, J.***; Gil, P.*; Fernández, A.**, Amo, C.**; Tomas, O.**.

* Servicio de Geriatriá. ** Servicio de Radiología. *** Centro de Magnetoencefalografía. Universidad Complutense. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivo: Establecer la relación entre dos instrumentos de valoración diferentes y su capacidad para establecer diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen un total de 21 personas que pertenecen a dos grupos diferentes: 1) Grupo A: Pacientes con criterios diagnósticos NINCSS-ADRDA de enfermedad de Alzheimer probable. 2) Grupo B: Personas sin deterioro clínico. En ambos grupos se recogen datos: edad, sexo, historia clínica, exploración física y neurología, valoración psicométrica mediante: MMSE de Fostein, CAM-COG y estadio evolutivo mediante FAST.

Se realiza RNM tridimensional de alta resolución para determinar volúmenes de diferentes áreas de interés: Volumen craneal total (CVR), temporal lateral derecho (RTLsR) temporal lateral izquierdo (LTLSr), hipocampo derecho (RHVr) e hipocampo izquierdo (LHVr). Se obtienen datos de magnetoencefalografía mediante magnetoencefalografía de 148 canales. Se realiza coeficiente de correlación de Pearson entre MEG y variables volumétricas de la RNM.

Resultados: Coeficiente de correlación entre MEG y RNM.

MEG	CVR	RTLs	LTLS	RHV	LHV
P. izq. Delta	-0,35	-0,23	-0,35**	-0,42***	-0,47****
P. izq. Delta	-0,26	-0,25	-0,39**	-0,37**	-0,41***
T. izq. Delta	-0,29	-0,12	-0,21	-0,33*	-0,46****
P. izq. Theta	-0,38**	-0,25	-0,37***	0,40***	-0,44****
P. der. Theta	-0,29	-0,20	-0,30	-0,26	-0,34
T. izq. Theta	-0,34*	-0,26	-0,29	-0,31*	-0,40***
T. der. Theta	-0,11	-0,23	-0,30	-0,21	-0,22

* p< 0,5, *** p< 0,02, **** p< 0,01, ***** p< 0,002.

Conclusiones:

1. Existe una buena correlación entre los datos de actividad por MEG y la atrofia determinada por RNM.

2. La mejor correlación se observa entre la atrofia en hipocampo izquierdo y las actividades eléctricas de baja frecuencia.