

## 21687. CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR EN MAYORES. ASPECTOS DE MORBILIDAD, CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y CARACTÉRISTICAS SOCIALES. ESTUDIO POBLACIONAL

Montejo Carrasco, P.<sup>1</sup>; Montenegro Peña, M.<sup>1</sup>; de Andrés Montes, M.<sup>1</sup>; García Marín, A.<sup>1</sup>; Lozano Ibáñez, M.<sup>1</sup>; Montejo Rubio, B.<sup>2</sup>; Prada Crespo, D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prevención y Promoción de la Salud. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Madrid Salud; <sup>2</sup>Servicio Cirugía. Hospital Ramón y Cajal; <sup>3</sup>Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos:** Analizar las características en una población de mayores que refiere dolor respecto a factores sociodemográficos, calidad de vida, morbilidad general, salud mental y aspectos sociales.

**Material y métodos:** Encuesta poblacional de Salud 2022. Mayores de 65 años elegidos aleatoriamente por censo, según edad, sexo, distrito. N = 1.963. Estudio transversal. En personas que viven en domicilio, entrevista telefónica. Valoración de dolor: artrósico, cervical, lumbar, cefalea. Índice de dolor. Salud: enfermedades, salud mental, consumo de fármacos, etc. Calidad de vida COOP-WONCA. Escala de Bienestar WHO-5.

**Resultados:** Refieren dolor: 53,6% (artrósico: 39,5%; lumbar crónico: 23,3%; cervical crónico: 29,9%; cefalea frecuente: 8,1%; los cuatro tipos de dolor: 2,7%). Correlación edad/dolor: r = 0,14 (p < 0,0001). Hombres: 37,1%; mujeres: 64,3% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,27. Estudios primarios: 62,1%; secundarios: 54,3%; universitarios: 42,7% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,17. Correlación COOP-WONCA dolor r = 0,51 (p < 0,0001). Escala bienestar emocional/dolor: r = 0,33 (p < 0,0001). Sin fragilidad: 45,6%; con fragilidad: 69,9% (p < 0,0001). V de Cramer = 0,22. Depresión/dolor: sí 79,5; no 49,7% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,20. Ansiedad/dolor: sí: 81,6; no: 51% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,18. Toma de antidepresivos último año: 71,3%; no: 51,8% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,14. Tranquilizantes último año: 72,5%; no: 46,9% (p < 0,0001), V de Cramer: 0,24. Multimorbilidad/dolor (0-9 enfermedades) 6 enfermedades: 83,3%; ninguna enfermedad: 35,2% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,28. Percepción del estado de salud: muy bueno: 29,4%; muy malo: 73,9% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,31. Vida social: muy satisfactoria: 48,2%; muy insatisfactoria: 67,9% (p < 0,0001). V de Cramer: 0,15. Uso tecnologías digitales: n.s. Participa en asociaciones: n.s. Predictores: regresión logística con las variables significativas. Toma tranquilizantes (OR = 1,389; IC95%: 1,109-1,740); calidad de vida (OR = 1,243; IC95%: 1,192-1,296) y sexo femenino (OR = 2,247; IC95%: 1,658-3,045). R<sup>2</sup> de Nagelkerke = 0,31 (p < 0,0001). Clasifica bien al 71% sin dolor y al 72,6% con dolor.

**Conclusión:** El dolor es un fenómeno complejo. Podemos observar que se asocian a padecer más dolor factores sociodemográficos, peor calidad de vida, peor salud mental y multimorbilidad. La autovaloración de la vida social se asocia también al dolor, aunque no otros aspectos sociales. Son predictores el género femenino, la calidad de vida y la toma de tranquilizantes.

## Neuroimagen P1

### 20205. A PROPÓSITO DE UN CASO DE ANGIOPATÍA AMIOLDE CEREBRAL INFLAMATORIA CON RESPUESTA A GLUCOCORTICOIDES EN RM SERIADA

Ortega Ortega, F.; Cuenca Relinque, A.; Calle Serrano, M.; Carmona Bravo, V.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena.

**Objetivos:** Seguimiento por imagen de un caso de angiopatía amiloide inflamatoria (AAI) tratado con glucocorticoides.

**Material y métodos:** Descripción de un caso.

**Resultados:** Mujer de 83 años, HTA, DM tipo 2 y deterioro cognitivo leve subagudo, independiente. Acude a Urgencias por focalidad neurológica aguda en contexto de emergencia hipertensiva de inicio desconocido. Presenta afasia mixta sensitiva, parálisis facial supranuclear derecha y claudicación leve de miembros derechos. En TC, se observa lesión hipodensa parietooccipital subcortical izquierda con leve borramiento de surcos. Al inicio del ingreso presenta crisis de inicio focal con desviación oculocefálica derecha por la que se inicia FAC. Familiares comentan episodio similar hace tres meses. En RM, se observa en secuencias de TR largo áreas hiperintensas y asimétricas, corticosubcorticales, la mayor parietooccipital izquierda, junto a microsangrados lobares de predominio parietooccipital. Con sospecha de AAC, se realiza PL para descartar otras posibles causas. Se inicia corticoterapia con RM de control, objetivándose mejoría clínica y radiológica.

**Conclusión:** La angiopatía amiloide inflamatoria es una manifestación infrecuente de la AAC que suele cursar de forma aguda/subaguda en forma de cefalea, deterioro cognitivo, crisis comiciales y déficits neurológicos focales. Debe sospecharse en pacientes de más de 40 años con uno de los ítems mencionados y presencia de lesiones de sustancia blanca asimétricas y parcheadas junto a una lesión hemorrágica compatible (micro o macrosangrado lobar, siderosis cortical superficial), habiendo previamente excluido otras causas. El tratamiento precoz mejora el pronóstico, por lo que no siendo la respuesta a corticoides un criterio aceptado, su presencia apoya el diagnóstico.

### 20201. DESMIELINIZACIÓN Y CUADRO INFECCIOSO EN SNC: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz López, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

**Objetivos:** Varón de 19 años con clínica de fiebre alta de hasta 40 °C durante 1 semana asociado a diarrea con productos patológicos. En urgencias impresiona de GEA y se da de alta a domicilio con azitromicina 3 días. Refiere mejoría tras el tratamiento. Tras periodo de 2-3 días asintomático reinicia fiebre de hasta 40,2 °C, cefalea holocraneal y dolor al flexionar el cuello. Presenta también dificultad para micción que requiere de sondaje. En la exploración en urgencias presenta rigidez de nuca, nistagmo en mirada horizontal bilateral no agotable hacia la izquierda e hiperreflexia en MMII, no asociando debilidad. Tras tratamiento inicial desarrollo, en 1-2 días posterior al ingreso, de cuadro de disautonomía con sudoración, hipertensión y aumento de FC, asociando debilidad de miembros inferiores hasta desarrollo de paraplejia bilateral.

**Material y métodos:** TC craneo: normal; analítica: 15.000 leucos; PCR normal; PL: 16 leucos con 85% de linfomononucleares, proteínas y glucosa normales; y lactato de 2,5. RMN craneocervical: hallazgos sugerentes de enfermedad desmielinizante autoinmune del sistema nervioso central con múltiples lesiones hiperintensas supra e infratentoriales y en médula espinal (cervical y dorsal), a valorar encefalitis diseminada aguda sin poder descartar síndromes anti-MOG.

**Resultados:** Tratamiento inicial: analgesia y aciclovir. Posteriormente se retira tras FilmArray negativo. Tratamiento intermedio: se administra 1 gramo iv metilprednisolona × 5 días sin respuesta. Tratamiento final: plasmaféresis cada 48 horas × 5 sesiones.

**Conclusión:** La EMAD corresponde a una enfermedad inflamatoria desmielinizante que suele desarrollarse tras procesos infecciosos o vacunaciones. El curso es monofásico, afectando con mayor frecuencia a niños.

### 20916. TUMOR MEDULAR: UN CASO CLÍNICO ATÍPICO DE STROKE MIMIC

Fouz Ruiz, D.; Cantador Pavón, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.