

mediante un test de Kaplan-Meier. Los factores relacionados con la mortalidad se detectaron mediante un modelo de regresión de Cox. Además, se analizó el impacto en el riesgo de fallecer del tiempo de aparición de hitos de interés clínico.

Resultados: La mediana de seguimiento clínico de los pacientes con EP fue de 12,5 [RIC 6,2-17,4] años, durante el cual 30 pacientes fallecieron. La mediana de supervivencia fue de 26,9 [22,4-33,5] años. Se observó un mayor riesgo de mortalidad a mayor edad de inicio de la enfermedad, mayor expresión del EPRP y en aquellos pacientes que desarrollaron disfagia temprana (< 5 años). Además, se observó un riesgo de mortalidad incrementado cuanto antes se presentaran las caídas, alucinaciones visuales, disfagia, demencia o disartria.

Conclusión: La mayor edad de inicio, mayor expresión del EPRP y el desarrollo temprano de disfagia son factores con un impacto negativo en la supervivencia de la EP. Además, cuanto antes desarrolla síntomas de EP avanzada mayor es el riesgo de mortalidad.

Trastornos del movimiento P2

20653. USO DE LA CLASIFICACIÓN MNCD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON TRATADOS CON PERFUSIÓN DE LEVODOPA/CARBIDOPA/ENTACAPONA. MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Reyes Toboso, D.¹; Santos García, D.¹; López Manzanares, L.²; Muro, I.²; Lorenzo, P.²; García Ramos, R.³; Fernández Valle, T.⁴; Morata Martínez, C.⁵; Baviera Muñoz, R.⁵; Martínez Torres, I.⁵; Álvarez Sauco, M.⁶; Alonso Modino, D.⁷; Legarda, I.⁸; Valero García, M.⁸; Suárez Muñoz, J.⁹; Martínez Castrillo, J.¹⁰; Perona, A.¹¹; Salom, J.¹²; Cubo, E.¹³; Valero Merino, C.¹⁴; López Ariztegui, N.¹⁵; Sánchez Alonso, P.¹⁶; Novo Ponte, S.¹⁶; Gamo Gómez, E.¹⁶; Martín García, R.¹⁶; Espinosa, R.¹⁷; Carmona, M.¹⁸; Feliz, C.¹⁹; García Ruiz, P.¹⁹; Muñoz Ruiz, T.²⁰; Fernández Rodríguez, B.²⁰; Mata, M.²¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ³Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ⁶Servicio de Neurología. Hospital General de Elche; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria; ⁸Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Son Espases; ⁹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Dr. Negrín; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ¹¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; ¹³Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; ¹⁵Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Toledo; ¹⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ¹⁷Servicio de Neurología. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera; ¹⁸Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; ¹⁹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ²⁰Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Carlos Haya; ²¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Objetivos: La clasificación MNCD es una herramienta sencilla basada en 4 ejes (Motor, Non-motor, Cognition, Dependency) que permite estadiar la enfermedad de Parkinson (EP). Utilizamos por primera vez la clasificación MNCD para monitorizar la respuesta de pacientes con EP avanzada a una terapia con dispositivo (TcD).

Material y métodos: Se aplicó la clasificación MNCD en pacientes con EP tratados con perfusión de levodopa/carbidopa/entecapona del estudio observacional retrospectivo multicéntrico LECIPARK. Se recogió tanto el score (MNCDs; de 0 a 12) como el estadio (MNCDs; de 1 a 5) en la visita basal (V0; pretratamiento) y final de seguimiento (V2; posttratamiento). Los cambios de V0 a V2 se evaluaron con los test de Wilcoxon y homogeneidad marginal.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes con EP (58,2% varones; 69,9 ± 9,3 años; 14,4 ± 6,5 años de evolución) con una duración media del tratamiento (V2) de 172,9 ± 105,1 días (rango, 7-467). En V0, los pacientes se clasificaron en estadio 2 (35,8%), 3 (46,3%) o 4 (17,9%). La frecuencia de pacientes en el estadio 4 disminuyó al 9% en V2 y 2 pacientes (3%) se clasificaron en estadio 1 (p = 0,001). La puntuación total del MNCDs disminuyó de 6,3 ± 1,9 en V0 a 5,2 ± 2,2 en V2 (p < 0,0001). De V0 a V2 mejoró la carga de síntomas motores (M) (p < 0,0001), no motores (N) (p < 0,001) y la autonomía para las actividades de la vida diaria (D) (p < 0,005).

Conclusión: La clasificación MNCD podría ser útil para clasificar a los pacientes con EP avanzada y monitorizar la respuesta a una TcD.

21363. SÍNTOMAS NO MOTORES Y DETERIORO COGNITIVO A 5 AÑOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

Núñez Santos, L.¹; Bargay Pizarro, E.¹; Valero García, M.¹; Legarda Ramírez, I.¹; Vives Pastor, B.¹; Vallés Serrano, C.¹; Chilangua Canaval, L.¹; Mir, P.²; Santos García, D.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Son Espases; ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Objetivos: Describir la asociación entre síntomas no motores (SNM) y el diagnóstico posterior de deterioro cognitivo (DC) en una cohorte de pacientes con enfermedad de Parkinson (EP).

Material y métodos: Se han obtenido datos de la evaluación inicial (V0) y a 5 años (V60) de pacientes con EP incluidos en COPPADIS-2015 (COhort of Patients with Parkinson's Disease in Spain). Se recogieron datos de escalas clínicas: NMSS (Non-Motor Symptom Scale) y PDCRS (Parkinson's Disease Cognitive Rating Scale). Se han excluido pacientes con DC al inicio y sin escalas registradas a 5 años. Se analiza la relación entre la puntuación NMSS en V0 y el DC (PDCRS < 81) en V60.

Resultados: Se incluyen 328 pacientes. La media de edad en V0 es 60,36 años; 56,7% hombres y 43,0% mujeres. Se realiza un análisis de regresión logística evaluando la asociación entre la puntuación global en la NMSS en V0 y el riesgo de presentar DC a los 5 años, ajustado por factores de confusión. Un aumento de un punto en la NMSS en la V0 se asocia con un incremento de 1,2% de riesgo de presentar deterioro cognitivo a 5 años (coeficiente de regresión = 0,012, OR = 1,012, p < 0,001). Se ha encontrado esta asociación con 8 de los 9 dominios de la NMSS de forma independiente.

Conclusión: En esta muestra de pacientes con EP, una puntuación mayor en NMSS se relaciona con mayor riesgo de DC a 5 años. Se pretende resaltar la importancia de detectar los SNM en estadios precoces y monitorizar en estos pacientes la aparición de DC durante el seguimiento.

20404. EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE DOLOR Y FATIGA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: CORRELACIONES Y VARIABLES MEDIADORAS

Hurtado Martínez, A.¹; Sánchez Cuesta, F.¹; González Zamorano, Y.²; Moreno Verdú, M.³; Fernández Carnero, J.²; Romero Muñoz, J.⁴

¹Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria; ²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos; ³Instituto de Neurociencia. Universidad Católica de Lovaina; ⁴Unidad de Daño Cerebral. Hospital Beata María Ana. Facultad de Ciencias Experimentales. Universidad Francisco de Vitoria.

Objetivos: El dolor es un síntoma no motor (SNM) de la enfermedad de Parkinson (EP) presente en hasta un 85% de pacientes. Estos suelen quejarse también de fatiga, otro SNM altamente prevalente. La presencia de ambos reduce considerablemente la calidad de vida, y su relación sigue siendo una incógnita. El objetivo es evaluar la relación entre ambos SNM, y sus mediadores, en una muestra de pacientes de EP.