

# Neurologia Catalana

Butlletí  
de la Societat  
Catalana de  
Neurologia

## SUMARI

1. Editorial
2. Projecte "Qui és qui en Neurologia": directori de la Societat Catalana de Neurologia. Un projecte fet realitat
3. Neurologia catalana al món
4. Comentari sobre el llibre *Comprender la migraña*
5. El racó del resident
6. Les places MIR de Neurologia 2009 a Catalunya
7. L'entrevista
8. Resums seleccionats a la XIII Reunió de la Societat Catalana de Neurologia
9. L'agenda
10. El mirador

## MEMBRES D'HONOR

Dr. JM. Aragonés, Dr. L. Barraquer, Dr. E. Fernández-Alvarez, Dr. JM. Grau, Dr. V. Hachinski, Dr. J. Kimura, Dr. R. Massot, Dr. L. Montserrat, Dr. J. Obach, Dr. C. Oliveras de la Riva, Dr. J. Peres, Dr. A. Pou, Dr. C. Rozman, Dr. F. Titus.

## JUNTA

President	Dr. Alexandre Gironell
Vicepresident	Dr. Adrià Arboix
Secretari	Dr. Lluís Ramió
Tresorera	Dra. M. Àngels Font
Vocals	Dr. Yurek Krupinski Dr. Xavier Ustrell

EDITOR BUTLLETÍ: Dr. Adrià Arboix

SECRETARIA Suport Serveis, Calvet, 30, 08021  
Barcelona, Tel.: 932017571, Fax: 932019789,  
Correu-e: scn@suportserveis.com



Societat Catalana  
de Neurologia



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADEMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES  
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

## 1. EDITORIAL

Benvolguts companys i companyes,

Escric aquestes línies pocs dies després de la reunió de Montserrat. El regust que ens ha quedat ha estat molt dolç. La qualitat de les comunicacions i ponents, l'assistència remarcable a tots els actes, la màgia del lloc, la visita a Sant Miquel, el deliciós llobarro del sopar, etc., són records que ens apropen com a col·lectiu i sens dubte ens aporten un estímul positiu pel nostre dia a dia. Cal remarcar l'interès que va despertar l'exposició oral dels pòsters i la presentació del llibre *Qui és qui en la neurologia catalana*. En aquest darrer punt, sempre és agradable d'aconseguir els objectius en els temps marcats. Gràcies a tots per la resposta en la recollida de les dades. Els delegats de Laboratoris Uriach seran els encarregats de fer-vos arribar un exemplar a tots els socis.

Un altre aspecte positiu de la reunió de Montserrat ha estat l'econòmic. A pesar de la crisi, que també afecta el sector de la indústria farmacèutica, s'ha aconseguit un superàvit, després de les discretes pèrdues de les reunions de Girona i Lleida. Aquest fet sempre és positiu per poder mantenir l'activitat actual de la nostra Societat.

Per altra banda, a Montserrat va tenir lloc la renovació de la junta de la Societat. Des d'aquí cal agrair el treball en el sí de la junta durant dos anys del Marià Huerta i de la Neus Fabregat. Donar la benvinguda als nous membres escollits en l'assemblea, que són el Dr. Yurek Krupinski i la Dra. M. Àngels Font.

Des de la junta volem començar un nou projecte. Atès que l'any 2011 farà 100 anys de la primera Societat de neuròlegs a Catalunya, hem cregut d'interès la realització d'un llibre de la història de la nostra neurologia en aquests 100 anys. El Dr. Adrià Arboix en serà l'editor. Ja hem començat a repartir els diferents capítols a tots els autors. Esperem que el projecte es pugui acomplir en els terminis previstos i es pugui presentar a la reunió de la Societat de l'any 2011.

Com tots sabeu, des de fa aproximadament un any s'ha establert un conveni entre Caixa Catalunya i la Societat. A la reunió de Montserrat es va presentar el projecte de fer un carnet per a tots els socis. La particularitat d'aquest carnet és que pot servir a més a més com una targeta de crèdit. La tinença d'aquest carnet és gratuïta i no implica cap compromís amb l'entitat bancària que esponsoritza i té alguns avantatges interessants. Endavant, doncs: us animo a tots a tenir el vostre carnet de la Societat Catalana de Neurologia.

Res més, només encomanar-vos a seguir treballant en aquesta apassionant especialitat mèdica per poder mantenir l'excel·lent salut de la neurologia catalana. En aquest objectiu, ja sabeu que la Societat està al vostre servei.

A reveure,

**Dr. Alexandre Gironell**  
President



## 2. Projecte “QUI ÉS QUI en Neurologia”

### UN PROJECTE FET REALITAT

**Ja tenim el directori dels neuròlegs i membres de la Societat Catalana de Neurologia i dels Hospitals de Catalunya amb serveis o seccions de neurologia i això ens omple de satisfacció i joia perquè s’ha acomplert un dels objectius del present curs acadèmic.**

**Voldríem donar les gràcies a tots els membres per la seva participació i paciència i us avancem en aquest número de Neurologia Catalana la presentació del llibre, on hi expressem el plantejament, la raó de ser i la motivació de la monografia.**

#### PRESENTACIÓ

Amb il·lusió i compromís presentem aquesta monografia referida als neuròlegs i membres de la Societat Catalana de Neurologia i als serveis i seccions de neurologia que hi ha a Catalunya.

Ens ha semblat que això era necessari per dos motius. En primer lloc perquè la Societat Catalana de Neurologia ha arribat ja a més de 340 membres i representa, per tant, la segona societat neurològica espanyola en número d’afiliats després de la SEN (Sociedad Española de Neurología) i és també una de les societats europees més nombroses en relació a la seva extensió de territori i la seva demografia.

En segon lloc, perquè la Societat Catalana de Neurologia és històricament la primera societat fundada a l’Estat espanyol, hereva de la **Sociedad de Psiquiatria y Neurología de Barcelona** fundada per Galcerán Granés l’any 1911 i que posteriorment es transformaria en la **Societat Catalana de Psiquiatria i Neurologia** l’any 1934, presidida per Rodríguez Arias, i que la guerra civil estroncava. L’any 1941 es tornaria a refer denominant-se **Asociación de Neurología y Psiquiatria**, presidida per José Córdoba Rodríguez, i l’any 1968 sorgiria la **Asociación de Ciencias Neurológicas**, presidida per Barraquer Bordas. Finalment, l’any 1973 agafaria l’actual denominació de **Societat Catalana de Neurologia**, presidida per Codina Puiggros i així s’arribaria a l’etapa actual. En conseqüència, cal remarcar que l’any 2011 farà 100 anys de la fundació de la primera societat neurològica catalana.

Arribats, per tant, al moment actual, observem que a Catalunya conviuen de forma harmònica i exemplar (amb les seves virtuts i les seves característiques) neuròlegs en hospitals terciaris, neuròlegs en hospitals comarcals i també en l’atenció ambulatoria. Els uns, amb més dedicació docent i investigadora; els altres, amb més necessitats assistencials, però tots amb una

qualitat mèdica contrastada. Per tant, aquest mapa global, encara que –cal ressaltar-ho– pot ser millorable, a hores d’ara fa goig i ens dóna estima, ja que tenim un total de 53 hospitals catalans distribuïts per tota la nostra geografia on hi podem trobar especialistes en neurologia.


És per això que des de la Societat Catalana de Neurologia ens hem posat a treballar durant el present curs acadèmic per realitzar aquest directori, amb l’objectiu d’actualitzar totes aquestes dades, ja que volem que sigui una eina útil i completa. Útil perquè faciliti la feina de contacte entre els professionals catalans, i completa perquè hi hem donat entrada a tots els membres de la nostra societat, ja siguin neuròlegs –que són la majoria–, ja siguin membres d’altres especialitats com neuropsicòlegs, metges de família o internistes amb interès per les malalties neurològiques.

Hem de remarcar també que ens trobem davant d’un projecte dinàmic, ja que aquest directori es penjarà a la pàgina web de la SCN ([www.scn.cat](http://www.scn.cat)) amb l’objectiu que si algun membre encara no ens ha pogut enviar la informació sol·licitada o algú més vol incorporar-se a la nostra Societat, ho pugui fer de manera senzilla, ja que el directori s’anirà actualitzant mensualment, restant obert per tant a noves incorporacions que finalment sortirien impreses en paper quan es faci la segona edició d’aquesta monografia que ara presentem.

Finalment, voldríem agrair a tots els membres de la Societat Catalana de Neurologia la seva inestimable col·laboració en aquest projecte i la seva paciència al rebre tantes notificacions –de vegades repetides– demanant la seva participació i també agrair i reconèixer als laboratoris URIACH la seva necessària esponsorització i patrocini.

**Dr. Adrià Arboix**, vicepresident de l’SCN i coordinador del projecte.  
**Dr. Alexandre Gironell**, president de l’SCN.

## 2. Projecte "QUI ÉS QUI en Neurologia"

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Travessera de les Corts, 131-159  
Pavelló Ave Maria  
08028 Barcelona  
Tel 93 227 29 00  
Fax 93 227 29 90  
www.gencat.net/salut

Dr. Alexandre Gironell. President SCN  
Dr. Adrià Arboix. Vicepresident SCN i Coordinador del projecte


Benvolguts,

Com a directora del Pla director sociosanitari, és un honor per a mi assistir com a representant de la Conselleria de Salut a l'acte de presentació del Directori dels Neuròlegs i dels Serveis de Neurologia de Catalunya "Qui és qui en Neurologia" del 20 de març.

Vull fer-los arribar el meu agraïment i la felicitació per la iniciativa i lideratge en aquest Projecte.

Restem atents a tota aquella informació que consideri de interès en relació amb l'Acte i el Directori, que de ben segur tindrà una molt bona acollida.

Atentament,



Carmen Caja López  
Directora  
Pla director sociosanitari

Barcelona, 3 de febrer de 2009

## NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

**WEATHER AS A TRIGGER OF STROKE. DAILY METEOROLOGICAL FACTORS AND INCIDENCE OF STROKE SUBTYPES**

**Autors:** J. Jimenez-Conde, A. Ois, M. Gomis, A. Rodriguez-Campello, E. Cuadrado, I. Subirana, J. Roquer. Unitat d'Investigació Neurovascular. Servei de Neurologia. IMIM-Hospital del Mar. Barcelona.

**Revista:** *Cerebrovasc Dis.* 2008; 26:348-54.

La incidència d'ictus pot tenir diferents perfils de presentació, depenent de l'hora del dia, del dia de la setmana o de l'estació de l'any. Tot i que diferents autors havien suggerit la influència del temps meteorològic en la incidència d'ictus, els resultats dels estudis previs mostraven poca concordança en les conclusions sobre aquesta matèria. L'objectiu d'aquest estudi fou analitzar l'efecte de les condicions meteorològiques diàries sobre la incidència diària i estacional dels subtipus d'ictus.

Es van recollir les dades de 1.286 ictus atesos consecutivament durant 3 anys (2001-2003) de l'àrea de referència de l'Hospital del Mar. Es van classificar en hemorràgies (n=243) i en ictus isquèmics (n=1.043). Aquests darrers es dividiren en ictus no lacunars (n=732) i ictus lacunars (n=311). Es registraren posteriorment les dades meteorològiques diàries recollides a l'Observatori Fabra de Barcelona per aquest període: pressió atmosfèrica, humitat relativa, temperatures màxima, mínima i mitjana, i la variació d'aquestes dades respecte al dia anterior. Al correlacionar la incidència diària d'ictus amb les dades meteorològiques dels dies corresponents es trobà que el nombre d'ictus en global s'associava molt dèbilment amb la pressió atmosfèrica, però que l'associació es feia més marcada amb la variació de pressió atmosfèrica respecte al dia anterior. Analitzant per subtipus, s'observa que els isquèmics no lacunars es presentaven amb major freqüència els dies en què la pressió atmosfèrica baixava respecte al dia anterior, mentre que les hemorràgies ho feien quan aquesta pressió pujava. Aquesta associació explicava també que els dies més freds hi hagués més isquèmics (resultat descrit en altres estudis i que aparegué en l'anàlisi univariant), atès que en introduir ambdues variables en l'anàlisi multivariant, desapareixia l'efecte de la temperatura i es mantenia el de la variació de pressió.

D'altra banda, es troba que a les estacions d'hivern i tardor hi havia més ictus en global. Però, de nou, aquesta associació fou explicada en el model ajustat a través de la variació de pressió atmosfèrica respecte al dia anterior. Així, la major inestabilitat climatològica durant aquestes estacions (amb més pujades i baixades de pressió atmosfèrica entre els diferents dies) és la que provocava l'augment d'isquèmics no lacunars, i gran part del d'hemorràgies.

Aquests resultats contribueixen a explicar la manera

en què el temps atmosfèric pot influir en la incidència d'ictus, alhora que ajuda a entendre certes discrepàncies en estudis anteriors que aborden la qüestió amb altres metodologies. D'altra banda, es planteja el possible mecanisme inflamatori subjacent a aquest fenomen, i que podria estar compartit amb altres malalties que també presenten una variabilitat en la incidència o la recurrència depenent del temps meteorològic i que tenen una base inflamatòria en la seva patogènia.

**HIGHER SEVERITY OF FRONTAL PERIVENTRICULAR WHITE MATTER AND BASAL GANGLIA HYPERINTENSITIES IN FIRST-EVER LACUNAR STROKE WITH MULTIPLE SILENT LACUNES**

**Autors:** Marta Grau-Olivares, Adrià Arboix, David Bartres-Faz, Carme Junqué

**Revista:** *Eur J Neurol* 2008; Sep;15(9):1002-5.

**INTRODUCCIÓ:** Els infarts lacunars (IL) s'han descrit com a petits infarts isquèmics en el territori de les arterioles perforants, i representen el 25% dels infarts isquèmics. El factor etiològic més important per als IL és la hipertensió, que també ha estat associada a les hiperintensitats de la substància blanca cerebral (HSB). Les HSB s'han associat a la malaltia de petit vas cerebral i als IL. En estudis previs s'ha suggerit que els IL únics i múltiples tenen diferent etiologia, ja que els IL aïllats s'han associat més freqüentment a microateromatosis, i els pacients amb IL múltiples s'han relacionat amb la lipohialinosi. Si els IL únics i múltiples representen dues entitats diferents, també podria ser que les HSB tinguessin diferents característiques entre ambdós grups. En treballs anteriors on s'ha estudiat si la severitat de les HSB en pacients amb un únic o múltiples IL és diferent, s'ha arribat a resultats contradictoris. A més a més, no hi ha estudis que investiguin la distribució topogràfica específica de les HSB associades amb un únic o múltiples IL. En aquest treball estudiem la severitat de les HSB en pacients que presenten una síndrome lacunar, tot comparant els casos amb un infart aïllat amb els que tenen múltiples IL, amb l'objectiu de detectar una distribució topogràfica diferent de les HSB entre els dos grups.

**MÈTODES:** la mostra estava formada per 40 pacients consecutius que van ingressar al Departament de Neurologia de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor (Barcelona) amb un primer IL, i que presentaven una síndrome lacunar segons la classificació de Miller-Fisher. A tots els pacients se'ls va realitzar un Mini Mental State Examination (MMSE) i una ressonància magnètica (RM) estructural en seqüències potenciades en T1, T2, FLAIR, densitat protònica i difusió. La presència d'infarts lacunars crònics o aguts, únics o múltiples, es va

## NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

determinar per consens entre 2 neuroradiòlegs. Els pacients es van classificar en dos grups segons la presència d'un o de múltiples IL. Les HSB es van avaluar i quantificar mitjançant l'escala de Scheltens (escala visual semiquantitativa).

**RESULTATS:** Dissiet pacients de la mostra original (45,5%) tenien un únic IL i vint-i-tres (57,5%) presentaven múltiples IL. No hi havia diferències significatives entre els grups pel que fa a l'edat, gènere, nivell d'escolaritat i puntuació a l'MMSE. Els pacients amb múltiples IL mostraven una major tendència a patir hipertensió. La puntuació total a l'escala de Scheltens va ser més alta en els subjectes amb múltiples IL respecte els que tenien un únic IL, ja que en el primer grup les HSB eren més severes a la regió periventricular frontal ( $t=3,41$ ;  $p<0,002$ ) i occipital ( $t=2,47$ ;  $p<0,02$ ), així com al nucli caudat ( $t=2,25$ ;  $p<0,03$ ) i al tàlem ( $t=2,48$ ;  $p<0,02$ ).

Finalment, vàrem realitzar una regressió logística per tal de determinar quina variable o combinació de variables classificaven millor els pacients segons la seva pertinença a un o altre grup (IL únic vs. múltiple). Els resultats de l'anàlisi logística van mostrar que un model que contingui com a variables les hiperintensitats periventriculars frontals ( $B=2,79$ ;  $p<0,03$ ), i les hiperintensitats talàmiques ( $B=1,71$ ;  $p<0,02$ ), així com l'edat dels pacients ( $B=-0,12$ ;  $p<0,03$ ), era el que millor classificava els nostres pacients ( $\chi^2=3,65$ ;  $p<0,08$ ;  $R^2=0,58$ ). Amb aquest model el 77,5% dels nostres pacients estaven correctament classificats (64,7% amb un únic IL i el 87% amb múltiples IL).

**DISCUSSIÓ:** En aquest estudi vàrem trobar que el 50% de pacients que presenten un primer IL amb una síndrome lacunar clínica es podrien classificar com a múltiples IL segons els exàmens neuroradiològics (imatges de RM). Els pacients amb múltiples IL solen presentar una major severitat de les HSB en general, respecte els pacients amb un únic IL. La novetat del nostre estudi radica en l'observació que la severitat de les HSB en determinades regions cerebrals, com les regions periventriculars frontal i occipital, i dels ganglis basals i tàlem, són les que millor diferencien els pacients amb un únic i múltiples IL. Així doncs, els pacients amb una major severitat de les hiperintensitats periventriculars frontals i talàmiques s'han associat amb la probabilitat d'ésser classificats com a múltiples IL, especialment els subjectes de menor edat. Aquests pacients també varen mostrar una major tendència a patir hipertensió. Els nostres resultats donen suport a la hipòtesi que considera els IL únics i múltiples com a dos entitats etiològiques diferents. Les nostres dades també suggereixen una major vulnerabilitat de la substància blanca periventricular frontal en els pacients amb múltiples IL, que clàssicament s'ha associat amb un pitjor rendiment cognitiu en tasques de velocitat de processament cognitiu i en funcions executives. Les nostres dades, però, no aporten evidència d'aquestes dificultats cognitives, ja que als nostres pacients només se'ls va practicar l'MMSE, que presenta una baixa

sensibilitat per al deteriorament cognitiu degut a lesions subcorticals. En futurs estudis caldria realitzar avaluacions neuropsicològiques més extenses amb l'objectiu de detectar la diferent influència que puguin tenir les HSB en el rendiment cognitiu entre els subjectes amb un únic i múltiples IL.

### RECURRENT STROKE AND MASSIVE RIGHT-TO-LEFT SHUNT. RESULTS FROM THE PROSPECTIVE SPANISH MULTICENTER (CODICIA) STUDY.

**Autors:** Serena, J; Martí-Fàbregas, J; Santamarina, E; Rodríguez, JJ; Perez-Ayuso, MJ; Masjuan, J; Segura, T; Gállego, J; Dávalos, A.

**Revista:** *Stroke* 2008;39(12):3131-3136.

Actualment no és conegut ni el risc de recurrència ni el maneig terapèutic més adequat en pacients que han sofert un ictus criptogènic (IC). La seva prevalença és elevada, constituint un 25-30% de tots els ictus, essent encara més prevalent en pacients joves (fins a un 50% dels ictus en pacients <55 anys).

En el nostre país es calcula que cada any es produeixen uns 15.000-18.000 infarts cerebrals criptogènics, la meitat dels quals estarien relacionats amb la presència d'un ShDI-FOP. Malgrat que el tractament més adequat no és conegut, amb freqüència es realitza un maneig terapèutic invasiu amb iatrogènia important, cosa que constitueix actualment un problema de rellevància social i de debat científic en el qual no falten aspectes econòmics interessants i confusors (el mercat potencial de l'oclusió percutània del FOP és considerable, calculat en 2.000 milions de dòlars als Estats Units, malgrat no estar aprovat en aquesta indicació i no haver demostrat la seva eficàcia).

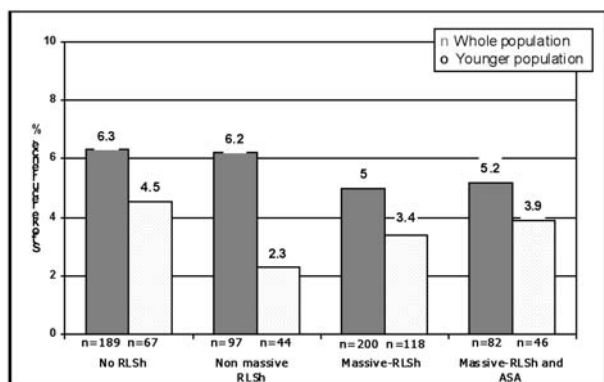
L'estudi CODICIA intenta aportar respostes a aquesta situació, tractant-se d'un estudi prospectiu, multicèntric, en el qual han participat 17 hospitals espanyols. L'objectiu principal va ser estudiar de forma prospectiva el risc de recurrència associat a la presència d'un shunt dreta-esquerra (ShDI) a través d'un foramen oval permeable (FOP), un tema d'actualitat i en el qual quasi no existeixen treballs prospectius atesa la complexitat del seu desenvolupament. El nostre estudi complementa dos treballs similars publicats fa 7-8 anys (estudi francès PFO/ASA, *New England Journal of Medicine*, 2001, i estudi PICSS, *Circulation*, 2002).

L'estudi CODICIA ha inclòs 486 pacients consecutius, que havien sofert un primer ictus de causa desconeguda (ictus criptogènic) i en els quals s'ha realitzat un seguiment mig de  $729\pm 411$  dies. Els resultats més rellevants de l'estudi CODICIA mostren que el risc de recurrència

## NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

en aquest grup de pacients és molt baix (5,8 % global; 2,5% anual), similar en pacients amb ictus criptogènic associat a FOP que en ictus criptogènic sense FOP i encara menor en pacients joves (3,5% global; 1,7% anual), on sol ser més agressiu el tractament aplicat. L'anàlisi de regressió logística no va trobar associació entre la presència de ShDI-FOP i el risc de recurrència d'ictus. El nostre treball és l'únic, al costat de l'estudi PICSS, que ha analitzat de forma prospectiva l'eficàcia de tractament mèdic (antiagregació vs. anticoagulació) no mostrant una major eficàcia de l'anticoagulació enfront del tractament antiagregant en la prevenció de recurrències. Un aspecte addicional, objectiu secundari de l'estudi però no menys interessant, és que l'ictus associat a ShDI-FOP era de menor gravetat tant en la seva presentació com en la recurrència (menor volum d'infart, més recurrències com AIT, millor recuperació funcional).

La conclusió de l'estudi és evident: atès el baix risc de recurrència, menor gravetat i eficàcia similar de l'anticoagulació enfront de l'antiagregació, ha d'administrar-se el tractament més innocu possible (antiagregació). Segons els nostres resultats i fins a identificar subgrups de risc elevat, ha d'evitar-se la iatrogenia associada a tractaments més agressius com l'oclusió percutània del FOP, un aspecte d'aquesta patologia actualment en fase d'assaig clínic.



**Figura.** Risc de recurrència segons la magnitud de l'ShDI i la presència d'aneurisma septal, tant en la població total com en el grup de pacients joves.

## MORTALITY AFTER DIAGNOSIS OF DEMENTIA IN A POPULATION AGED 75 AND OVER IN SPAIN

**Autors:** Jordi Llinàs-Reglà, Secundino López-Pousa, Joan Vilalta-Franch, Josep Garre-Olmo, Gustavo C. Roman. Unitat de Memòria i demències. Parc Hospitalari Martí i Julià, Salt (Girona).

**Revista:** *Neuroepidemiology*. 2008;31(2):80-8.

El diagnòstic de demència s'ha associat a una mortalitat més elevada que pot relacionar-se amb diferents factors: a) amb el deteriorament cognitiu, especialment el

relacionat amb la funció executiva; b) ser més específic d'algun subtipus de demència; c) associar-se a malalties concomitants, especialment les cardiovasculars i respiratòries. Els certificats de defunció de la majoria de països no solen contemplar la demència, i la mort sol atribuir-se a una pneumònia o a un problema cardiovascular. Un estudi que va comparar la prevalença de demència entre els certificats de defunció i el comunicat pels familiars va trobar una relació de l'1% versus el 8'5%.

El nostre estudi examina l'impacte de la demència i altres variables com el sexe, l'edat, l'educació i altres aspectes comorbis en la taxa de supervivència a 6 anys en una mostra de subjectes de més de 75 anys a partir d'un estudi comunitari d'incidència al nostre país.

El 1990 es va efectuar un estudi de doble fase per valorar la prevalença de demència sobre els 1.581 subjectes censats de 70 i més anys de diversos municipis d'una àrea rural de les comarques de Girona, dels quals van participar 1.460. Els instruments emprats a la primera fase van ser el MEC (Mini-Examen Cognoscitu), que es va administrar als 1.460 individus. A la segona fase van ser valorats als seus domicilis tots els subjectes que havien sortit positius al MEC (punt de tall <24) i una mostra representativa dels que no eren positius a l'instrument de cribatge (MEC>23). Un neuròleg i un neuropsicòleg van efectuar un examen físic i neuropsicològic i es va administrar l'examen estructurat CAMDEX (Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly), efectuant el diagnòstic de demència a 200 subjectes. L'any 1995 es va repetir l'estudi per valorar la incidència i l'efecte de la demència sobre la mortalitat. Van ser valorades 1.153 persones, de les quals 916 eren supervivents i 237 havien mort entre els dos estudis. Per valorar els supervivents es va repetir la mateixa metodologia de les dues fases, es van emprar els mateixos instruments (MEC i CAMDEX) i, pel que fa a la valoració dels que havien mort es va administrar als familiars la "Retrospective Collateral Dementia Interview" (RCDI), que és una entrevista estructurada que apart de recollir dades sociodemogràfiques i altres variables d'interès, permet efectuar diagnòstics de demència emprant criteris DSM-III-R. Es van diagnosticar 122 nous subjectes amb demència. Es van calcular les taxes de mortalitat i el risc relatiu (RR) de morir per als subjectes amb demència. Per valorar la relació entre la mortalitat i el diagnòstic de demència es va emprar el model de regressió de riscos proporcionals de Cox. El temps mig de seguiment va ser de 4'3 anys (DT=1'3, rang = 0'5-6'0) i durant aquest període van morir 49 (40'2%) dels quals patien demència i 188 (18'2%) dels subjectes no dements, amb una mitjana de supervivència de 4'71 anys (I.C. del 95%= 4'4-5'0) per als subjectes amb demència i de 6'2 anys (I.C. del 95%= 6'0-6'3) per als no dements. El risc de mort per als subjectes amb demència comparat amb els sense demència és de 2'3 (I.C. del 95%= 1'7-3'2).

## NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

La taxa de mortalitat específica per la demència trobada en el nostre estudi va ser d'1,0 per 100 persones-anys. L'edat incrementa la ratio de mortalitat des del 0'8 als subjectes entre 75 i 84 anys a l'1'7 als de més de 84 anys, que són resultats comparables als d'estudis previs amb metodologia similar. Quant al sexe, diferents estudis han comunicat una reducció de la supervivència dels homes versus les dones amb demència, a l'igual que succeeix en població general no dement, que coincideix amb el que vàrem trobar en el nostre estudi en comparar homes i dones sense demència (5'8 versus 3'0 per 100 persones-anys), però entre els subjectes amb demència aquesta relació va ser inversa, amb un RR de morir més elevat en les dones (3'14; I.C. del 95%= 2'04-4'85) que entre el homes (1'79; I.C. del 95%= 1'06-3'02). Per comparar la supervivència entre els subjectes sense demència i les diferents intensitats de demència es van emprar les corbes de Kaplan-Meier. La mitjana de supervivència per als subjectes amb demència lleu va ser de 5'5 (I.C. del 95%= 5'2-5'8), per a demència moderada 4'7 (I.C. del 95%= 4'1-5'4) i per a demència greu de 3'2 (I.C. del 95%= 2'6-3'9). El temps mig de supervivència entre els subjectes sense demència i els subjectes amb demència lleu va ser semblant (log rank test=0'56, p=0'45) i entre aquests darrers i els que patien demència moderada (log rank test=7'59, p=0'006) o greu (log rank test=50'11, p=0'001) van ser altament significatius. Tanmateix els subjectes amb demència moderada tenien una supervivència significativament més elevada que els que patien demència greu (log rank test=12'37, p=0'001). El risc de morir atribuïble al diagnòstic de demència a la nostra població va ser del 11'8%, amb la gravetat de la demència com el factor de risc més important (hazard ratio = 5'7%; I.C. del 95%=3'7-8'6), seguit pel càncer (hazard ratio = 3'2%; I.C. del 95%=2'2-4'5), la malaltia cardíaca i l'edat superior als 85 anys (hazard ratio = 1'4%; I.C. del 95%=1'1-1'9). La influència del nivell d'educació en la mortalitat de les persones amb demència no va ser confirmada en el nostre estudi, el que coincideix amb treballs anteriors que mostren que la relació entre aquestes variables desapareix després de controlar possibles factors de confusió, com la gravetat de la demència.

En resum, les principals troballes del nostre estudi són que la demència és el principal factor de risc de mort en edats avançades, especialment en les dones, i que la gravetat de la demència (moderada i greu) comporten un increment en el risc de mortalitat, malgrat es controlin de forma apropiada altres condicions comòrbides com el càncer, les malalties cardíques i les malalties cerebrovasculares.

## COMENTARI LLIBRE

## Comprender la migraña, dels autors Feliu Titus i Patricia Pozo

Editorial: Amat, Barcelona 2009  
ISBN 978-84-9735-283-3

El llibre escrit pel Dr. Titus i la Dra. Pozo, inclòs a la col·lecció de divulgació sanitària "El médico en casa", és un llibre destinat a tot tipus de lectors que ha rebut l'aval científic de la Societat Catalana de Neurologia i de la Sociedad Española de Neurología.

És important que el pacient amb migraña conegui bé la seva malaltia, cosa que li permetrà evitar angoixes innecessàries, reconèixer millor els símptomes i entendre millor les estratègies de tractament del atac i de prevenció de la migraña, la qual cosa l'ajudarà a viure millor la seva malaltia. El present llibre suposa una eina important per aconseguir-ho, facilitant que el pacient prengui un paper actiu en el control de la seva migraña.

El Dr. Feliu Titus ha desenvolupat des de la Unitat de Cefalea de l'Hospital de la Vall d'Hebrón sempre un paper de lideratge en l'estudi de la cefalea al nostre país, que continua en l'actualitat la Dra. Pozo. Tots dos acumulen una llarga experiència en el tracte d'aquests pacients i resulten, per tant, autors òptims pel desenvolupament d'aquesta obra.

El llibre descriu inicialment la cefalea com a símptoma o malaltia en si, les senyals d'alarma de les cefalees, per centrar-se ràpidament en la migraña. Es descriuen les característiques de la migraña amb i sense aura, els símptomes clau, els factors precipitants, les singularitats de la migraña en dones i nens, les complicacions i les mesures que cal considerar en el tractament de les crisis, en el tractament preventiu i les mesures generals de tractament. Els autors no oblidem les teràpies alternatives i complementàries a què amb freqüència els pacients recorren i de què els seus metges poques vegades els ofereixen informació.

En resum, molts dels interrogants que es poden plantejar aquells que tenen un mal de cap recurrent trobaran resposta en aquest llibre.

Dr. Marià Huerta

## EL RACÓ DEL RESIDENT

### CAS CLÍNIC IMPOTÈNCIA FUNCIONAL D'EXTREMITATS D'INSTAURACIÓ LLARGAMENT PROGRESSIVA

**Dra Alicia Martínez Piñeiro**

*Metge Resident de l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona*

**Home de 61 anys que ingressa a l'abril de 2005 per impotència funcional d'extremitats d'instauració progressiva de nou mesos d'evolució.**

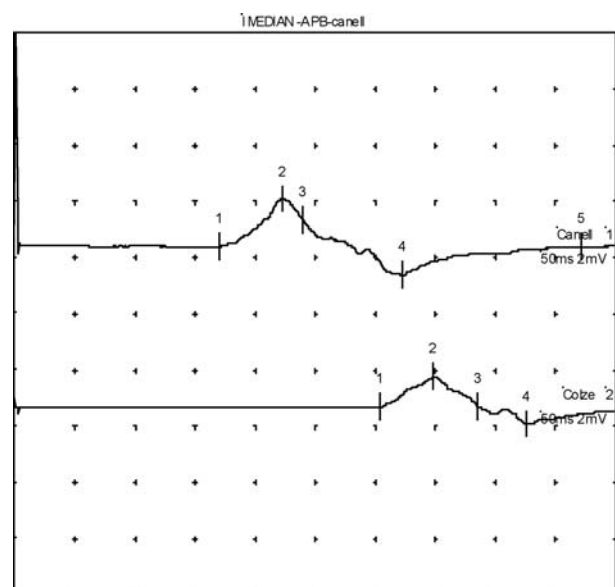
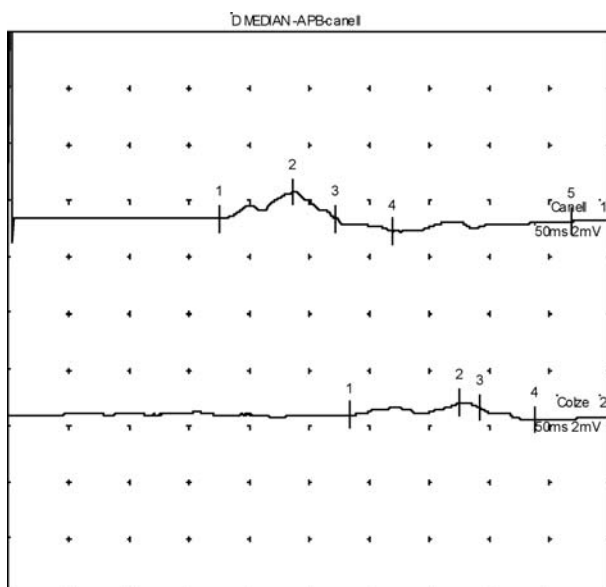
Al juny de 2004, s'inicien rampes a extremitats inferiors de predomini nocturn. Dos mesos després, s'afegeixen parestèsies i hipoestèsia d'inici simètric a mans i peus i debilitat global de les quatre extremitats amb un cert predomini distal. A més, síndrome constitucional en forma d'astènia i pèrdua quantificada d'uns 6 kg de pes acompanyant a l'esmentada clínica. Absència de dolor i símptomes de disautonomia. No inestabilitat de la marxa, diplopia, disàrtria ni disfàgia. Nega introducció recent de nous fàrmacs.

En els seus antecedents patològics cal remarcar que es tracta d'un pacient hipertens en tractament farmacològic i amb controls òptims, enolisme moderat (ingesta aproximada de 40 grams diaris) i amb una hepatopatia crònica diagnosticada en els 3 anys previs arran d'un control analític rutinari, amb serologies per a virus de l'hepatitis B i C i VIH negatives, patró de colestasi dissociada sense transaminitis, i Anticossos contra el múscul llis de 1/320, amb ecografia abdominal sense troballes patològiques.

A l'exploració neurològica en el moment de l'ingrés, destaca una hipoestèsia de mans i peus amb sensibilitat artrocinètica i vibratòria normals, arreflèxia de les 4 extremitats amb reflexe cutani-plantar flexor bilateral. En l'exploració del balanç per grups musculars, s'objectiva una debilitat global de les quatre extremitats, simètrica i de predomini distal. La resta d'exploració és estrictament normal. A l'exploració general, destaca una hepatomegàlia i una esplenomegàlia.

**Taula 1. NEUROGRAFIES MOTORES**

	Latència (ms)	Amplitud (mV)	Distància (cm)	Velocitat (m/s)
<b>PERONEAL COMÚ DRET</b>				
1. Turmell	23,20	0,2	7,5	
2. Cap peroné	8,55	0,1		
<b>MEDIÀ DRET</b>				
1. Canyell	17,65	1,0	6,5	
2. Colze	28,40	0,4	24,25	28,3
<b>MEDIÀ ESQUERRE</b>				
1. Canyell	17,05	1,8	6,5	
2. Colze	30,40	1,1	23	22,7





## EL RACÓ DEL RESIDENT

La NEUROGRAFIA MOTORA s'observa en la taula 1 i tant en la resta de nervis estudiats (peroneal comú esquerre i ambdós tibials) com en totes les NEUROGRÀFIES SENSITIVES (peroneal superficial, sural, medià, cubital i radial) no s'evoca cap potencial.

Taula 2, ELECTROMIOAGRAFIA AMB AGULLA COAXIAL

EMG	Activitat espontànea				MUAP				Reclutament
	IA	Fib	Ones +	Fasc	H.F.	Amp	Dur.	Polifàsics	Patró
DELTOIDES DRET	N	No	No	No	No	1-	1-	1+	Reduït
PRIMER INTEROSI DRET	N	No	No	No	No	1+	N	N	Reduït
EXTENSOR COMÚ DITS DRET	N	No	No	No	No	1+	N	N	Reduït
TIBIAL ANTERIOR DRET	N	No	No	No	No	1+	N	N	Reduït

A la màxima contracció, els patrons estan reduïts amb sumació temporal en els músculs distals (tibial anterior, bessons i extensor comú dels dits) i amb augment de les amplituds i duració dels PUM. (taula 2). En el psoas les PUM són de duració i amplitud disminuïda i d'aspecte polifàsic.

A l'estudi de LCR destaca una hiperproteinorràquia (1,54 g/L) amb 21 cèlules (totes elles hematíes) i glucorràquia de 61,2 mg/dl (glucèmia de 126 mg/dl) amb bandes oligoclonals negatives. Des del punt de vista analític, es detecta una anèmia microcítica hipocròmica i una banda de mobilitat restringida a la zona gamma tipus IgM kappa. La bioquímica hepàtica mostra una persistència de patró de colestasi dissociada (FA de 130 U/L i GGT de 505 mg/dl) amb bilirrubina, transaminases i serologies de virus hepatotrops i ecografia abdominal normals. Els marcadors tumorals i l'estudi hormonal també són normals.

La TC toraco-abdominal mostrà múltiples adenopaties mediastíniques de tamany significatiu i una petita adenopatia al lligament gastro-hepàtic. La biòpsia muscular és normal (figura 1) i a la biòpsia òssia s'observa linfocitosis medular de probable origen reactiu.

Es va completar l'estudi amb una exploració complementària que va resultar diagnòstica.

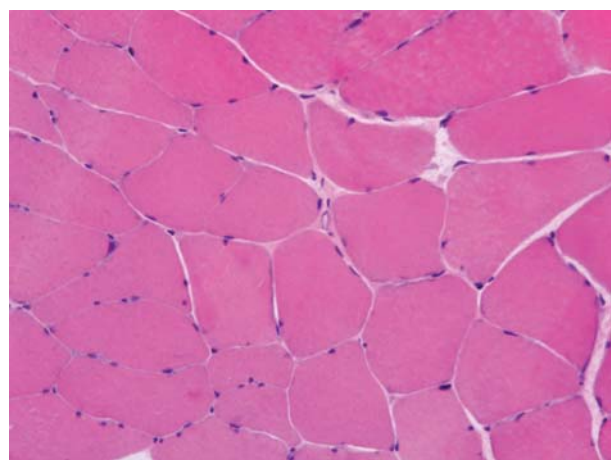


Figura 1.

## Les PLACES dels MIR de NEUROLOGIA 2009 a CATALUNYA

Us mostrem las places dels MIR de Neurologia 2009 a Catalunya amb el centre hospitalari escollit i el número d'ordre.

**Rebeu des de la Societat Catalana de Neurologia la nostra més cordial enhorabona!**

### PLACES MIR NEUROLOGIA CATALUNYA

DATA I HORA D'ADJUDICACIÓ	LOCALITAT	CENTRE	ESPECIALITAT	NÚM. D'ORDRE	NOM
07/04/2009 18:13:44	SABADELL	CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ	NEUROLOGIA	1381	HERVAS PUJOL, MARIA
07/04/2009 17:15:13	BARCELONA	H. DEL MAR-ESPERANÇA (IMAS)	NEUROLOGIA	1241	LEY NACHER, MIGUEL
07/04/2009 16:47:19	HOSPITALET LLOBREGAT	CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	1183	IZQUIERDO GRACIA, CRISTINA
07/04/2009 10:01:08	BARCELONA	H. CLÍNIC DE BARCELONA	NEUROLOGIA	758	ARIÑO RODRIGUEZ, HELENA
07/04/2009 9:48:09	BADALONA	H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL	NEUROLOGIA	722	PRATS SANCHEZ, LUIS ANTONIO
07/04/2009 9:47:09	BARCELONA	H. CLÍNIC DE BARCELONA	NEUROLOGIA	719	LLULL ESTRANY, BARBARA LAURA
06/04/2009 18:08:39	BADALONA	H. UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL	NEUROLOGIA	668	ALMENDROTE MUÑOZ, MIRIAM
06/04/2009 17:54:01	HOSPITALET LLOBREGAT	CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	637	LARA RODRIGUEZ, BLANCA
06/04/2009 17:47:03	BARCELONA	H. CLÍNIC DE BARCELONA	NEUROLOGIA	620	MENGUAL CHIRIFE, JUAN JOSE
06/04/2009 17:39:46	HOSPITALET LLOBREGAT	CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE BELLVITGE	NEUROLOGIA	601	CUSO GARCIA, SILVIA
06/04/2009 17:37:26	BARCELONA	H. VALL D'HEBRÓN	NEUROLOGIA	596	GRANDA MENDEZ, JAVIER
06/04/2009 17:35:33	BARCELONA	H. DE LA SANTA CREU I SANT PAU	NEUROLOGIA	590	MORENAS RODRIGUEZ, ESTRELLA
06/04/2009 17:12:57	BARCELONA	H. DE LA SANTA CREU I SANT PAU	NEUROLOGIA	540	CABERO MOYANO, JORDI
06/04/2009 17:02:21	BARCELONA	H. VALL D'HEBRÓN	NEUROLOGIA	514	FERNANDEZ GASALLA, ANDRES
06/04/2009 16:36:31	BARCELONA	H. DE LA SANTA CREU I SANT PAU	NEUROLOGIA	461	MARIN LAHOZ, JUAN
06/04/2009 16:28:46	BARCELONA	H. DEL MAR-ESPERANÇA (IMAS)	NEUROLOGIA	443	LOPEZ CUIÑA, MIGUEL
06/04/2009 11:49:42	BARCELONA	H. VALL D'HEBRÓN	NEUROLOGIA	259	JIMENO HERMOSO, ANA ISABEL

## L'ENTREVISTA

## Dr. JOSEP VALLS i SOLÉ

### HOSPITAL CLÍNIC de BARCELONA



**Ens honra tenir entre nosaltres el Dr. Josep Valls Solé, una persona molt apreciada en el nostre entorn tant pel seu entrançable tarannà com per la seva gran vàlua professional. Tots els qui han treballat amb ell el descriuen com una persona empàtica, facilitadora i amb un alt grau de col·laboració. Destaca la seva**

**important capacitat de treball i l'afany de coneixement que el porta a plantejar-se el perquè de moltes coses i voler-hi donar resposta; sobretot, és un gran investigador de la neurologia... només en els darrers 5 anys ha publicat o col·laborat en més de 50 articles de recerca originals i 10 llibres, a més de participar o organitzar diversos congressos i conferències.**

**Ha sabut reunir el bo i millor de tres especialitats: la neurologia, la neurofisiologia i la rehabilitació, amb camins paral·lels i de vegades en la realitat de molts centres malauradament separades. Aquest és també un dels mèrits que se li reconeixen.**

**Actualment és professor associat de la Universitat de Barcelona, professor-coordinador de l'Institut Clínic de Malalties del Sistema Nerviós, consultor sènior del Servei de Neurologia de l'Hospital Clínic de Barcelona i Cap de la "Unitat d'Electromiografia i Control Motor" de l'Hospital Clínic. Assessor a nivell científic l'Institut Guttmann de neurorehabilitació. És editor en cap de *Neurophysiology*, membre del comitè editorial i revisor de diverses publicacions de marcada rellevància científica, i també de diverses societats científiques.**

#### **1. Dr. Valls, per començar, una pregunta tòpica però que sempre ens agrada conèixer: què el va motivar a estudiar Medicina?**

Va ser per casualitat. No tenia una vocació clara. La decisió la vaig prendre quan em vaig trobar amb un bon amic meu d'aquell temps quan anava a matricular-se a Medicina i jo vaig decidir acompanyar-lo. El mateix dia havia anat a informar-me a Arquitectura però l'amistat em va fer decidir.

#### **2. On es va formar? Qui van ser els seus mestres?**

Ja des d'un bon començament em van agradar les dues assignatures que considero encara fonamentals en la carrera de Medicina: Fisiologia i Anatomia. Els professors d'aquestes assignatures (el Dr. Carreras i el Dr. Ruano) van ser els meus mestres preferits en els

primers anys. Els anys d'ensenyament clínic els vaig passar sense pena ni glòria i vaig preferir fer les assignatures de dos cursos el mateix any acadèmic per acabar la carrera el més aviat possible.

Després, les persones que m'han influït més en la meua carrera professional s'haurien de dividir en dos tipus: per una banda, hi ha les persones que m'han permès desenvolupar la meua activitat amb completa dedicació a l'electromiografia. Aquest és el cas del Dr. Barnosell Nicolau, cap del Servei de Rehabilitació de l'Hospital Clínic entre els anys 1972 i 1983, i del Dr. Tolosa, cap de Servei de Neurologia entre els anys 1984 i 2005.

Per altra banda hi ha les persones de les quals he après moltes coses sense ni tan sols donar-me'n. D'entre elles destaca el Dr. Obach Tuca, que em va guiar en els meus primers passos en les malalties neuromusculars, i el propi Dr. Tolosa, que m'ha ensenyat semiologia neurològica i tot el que sé sobre els trastorns del moviment. També hi ha tots els companys passats i actuals de l'Hospital Clínic i d'altres hospitals i centres de recerca. De tots ells procuro aprendre alguna cosa nova cada dia. No obstant, la figura que, per sobre de totes les altres, ha tingut més influència en la meua manera de treballar i de veure la neurofisiologia ha estat, sens dubte, el professor Mark Hallett.

#### **3. Com orienta el seu camí fins a arribar finalment a la neurofisiologia? Ens podria explicar els seus passos per les diverses especialitats i què en treu de cadascuna d'elles com a aprenentatge més rellevant?**

El meu camí cap a la neurofisiologia es va iniciar també de manera no buscada. L'any 1972, quan jo vaig acabar la carrera de Medicina, no hi havia problemes per tenir feina a l'Hospital Clínic. A mi m'agradava la rehabilitació perquè formava part d'un grup de joves amb vocació filantròpica d'ajuda a persones amb discapacitat física, dins de l'organització Auxilia. No obstant, quan vaig ser al Servei de Rehabilitació no vaig veure possibilitats de desenvolupar-me en l'atenció als malalts discapacitats. En canvi, vaig descobrir una màquina que no es feia servir. En estones de poca feina em vaig anar entretenint a entendre-la i a treure'n partit. Cada vegada m'entusiasmava més i en vaig buscar literatura i consell entre altres membres del Servei de Rehabilitació i d'altres serveis. Finalment vaig fer servir les meves vacances anuals per anar a fer una estada a Estrasburg (França) on hi havia el professor Isch, el qual havia publicat un llibre sobre electromiografia recentment. Malauradament, quan vaig ser allà el professor Isch es jubilava i només vaig poder aprofitar durant poc temps les seves ensenyances.

Després hi vaig tornar, amb un permís sabàtic de l'Hospital Clínic l'any 1982, quan el Servei

## L'ENTREVISTA

d'Electromiografia el dirigia el professor Jesel, i vaig recollir les dades per la meua tesi doctoral. Al tornar d'Estrasburg vaig veure clar que el meu interès estava en l'electrodiagnòstic neurològic i em vaig apuntar a l'últim curs de l'Escola de Neurologia del Dr. Oliveras de la Riva, al Servei de Neurologia de l'Hospital Clínic.

**4. Molts dels seus treballs fan referència a alteracions en els circuits reflexos del tronc cerebral, i a alteracions neurofisiològiques en les malalties neurodegeneratives. Però també trobem presents altres temes com el dolor neuropàtic i estudis del sistema nerviós autònom. Quina diria, però, que és l'àrea que ha centrat majoritàriament el seu interès?**

L'àrea en què em trobo més còmode és l'electromiografia i les meves preferències són els estudis del control motor i de la percepció, incloent el dolor.

**5. El 1996 se li concedeix el premi Josep Trueta, un dels premis més rellevants de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, que s'atorga a les publicacions científiques que des de casa nostra i arreu del món compleixen les millors qualitats, i és per un conjunt de 36 publicacions referents a la fisiologia de la via motora mitjançant l'electromiografia. Des de la humilitat que sempre ha demostrat, com va viure, però, aquest reconeixement?**

Va ser emocionant rebre el premi al Saló de Cent del Palau de la Generalitat. Són instants que queden a la memòria per sempre i que permeten als amics i familiars intuir per un moment que totes aquelles hores de treball tenen algun sentit.

**6. Gràcies a vostè vam tenir el plaer de poder escoltar el Dr. Kimura a l'última reunió de la Societat Catalana de Neurologia a Andorra. Com ho va aconseguir?**

El Dr. Kimura és una persona molt oberta i amb unes ganes tremendes de donar a conèixer la neurofisiologia arreu del món. No va ser gens difícil convèncer-lo de fer el viatge a Andorra per donar la conferència. Com a president que era en aquell moment de la Federació Mundial de Societats de Neurologia volia conèixer un país on, hipotèticament, es podria formar una Societat Nacional de Neurologia. Finalment no va poder ser per la manca d'un suficient nombre de neuròlegs amb nacionalitat andorrana.

**7. Respecte la nostra Societat Catalana de Neurologia: com la veu?, què n'espera d'ella?, quin creu que és el paper que ha de desenvolupar?**

La Societat Catalana de Neurologia és una plataforma on els neuròlegs podem compartir les idees profes-

sionals, científiques i acadèmiques. A Catalunya és on hi ha un nombre més alt de neuròlegs de l'Estat espanyol i, per tant, el pes de la Societat Catalana de Neurologia dins la Societat Espanyola de Neurologia hauria de ser rellevant.

**8. Vostè va presidir el 14è Congrés de la Societat Europea de Neurologia a Barcelona el juny de 2004. Què ha aportat a la nostra comunitat? Quins punts positius voldria recordar?**

Va ser una oportunitat de tenir a Barcelona un Congrés Internacional de primera fila dins la Neurologia. Com en altres congressos, va ser positiu en el balanç final tant des del punt de vista científic com pel nombre de participants i exhibidors, però en el moment de l'organització només comporta dubtes i dificultats. Com a organitzador, jo estic content del desenvolupament general del congrés, sense que pugui destacar res en particular. Gràcies a l'atractiu de la ciutat, el Congrés va mantenir-se en el nivell de congressos previs, mentre que en els anys següents es va veure una davallada significativa en el nombre de participants.

**9. Actualment, de quines societats científiques a nivell internacional forma part i quina tasca desenvolupa en cadascuna d'elles?**

He estat membre del comitè executiu de la Societat Europea de Neurologia de 2002 a 2007. Ara sóc vicepresident de la BrainStem Society, de la qual sóc membre fundador arran del First Congress on Brainstem Reflexes and Functions, organitzat a Barcelona l'any 1998. La BrainStem Society es reuneix cada 3 anys i està fonamentalment formada per neuròlegs amb interès pel tronc del cervell, una estructura on la neurofisiologia encara contribueix llargament a l'estudi de funcions neurològiques.

**10. Vostè forma part del comitè editorial de diverses publicacions, com Neurologia, Medicina Clínica, Movement Disorders, Muscle Nerve, Journal of Neurology: n'hi ha alguna altra que ens haguem oblidat? En el moment actual hi ha molta informació científica; creu que l'afany "publicador" ha baixat la qualitat i transcendència de la recerca?**

Com a editor associat de la revista Clinical Neurophysiology puc veure de primera línia la tendència de les publicacions en aquesta branca de la ciència i, pel que jo veig, no crec que hagi baixat la qualitat dels articles que arriben a publicar-se. Potser al contrari, l'augment del nombre d'articles sotmesos a valoració pels comitès editorials de revistes d'àmbit internacional ha fet augmentar la competitivitat i, al meu entendre, els articles s'escruten més abans d'acceptar publicar-los. És cert que hi ha un augment de la quantitat d'informació amb què hem de conviure però crec que

## L'ENTREVISTA

és un punt positiu de l'evolució de la ciència, sempre i quan mantinguem una suficient capacitat d'absorbir aquesta informació.

**11. Actualment és investigador coordinador del grup "Neurofisiologia i Estudis Funcionals del Sistema Nerviós" (NEFSINE). Per què es va crear el grup? Qui en forma part i quina és la seva funció?**

És un grup d'investigació basat en la valoració funcional del sistema nerviós que està integrat en l'àrea de neurociències de l'IDIBAPS (Institut d'Investigació Biomèdica August Pi i Sunyer). L'IDIBAPS és una entitat d'investigació, desenvolupada inicialment pel Dr. Joan Rodés, formada per tres centres: l'Hospital Clínic, la Facultat de Medicina i una representació del CSIC (Centre Superior d'Investigacions Científiques) establert a les dependències del carrer Casanova, davant l'Hospital Clínic. El grup es va crear per aglutinar la recerca en neurofisiologia que es feia principalment a l'Hospital Clínic, en la vessant clínica, i a la Facultat de Medicina, en la vessant bàsica. L'estructura del grup és laxa en el sentit que som diversos investigadors i cada un d'ells porta una línia específica.

**12. Junt amb el Dr. Jordi Montero dirigeix el Màster i Postgrau en Electrodiagnòstic Neurològic de la Universitat de Barcelona. Què en pensa, de la formació en neurofisiologia del neuròleg general? Quines recomanacions donaria per millorar-la? Com ho enfocaria durant el període de formació MIR?**

El Màster en Electrodiagnòstic Neurològic s'ha creat amb la il·lusió de donar una plataforma científica per ampliar coneixements i avançar en l'estudi de l'electrodiagnòstic. A Espanya existeix l'especialitat de neurofisiologia clínica, on es proposa la formació d'especialistes en tècniques neurofisiològiques. Com a contrast, dins l'especialitat de neurologia, a Espanya hi ha molt poca formació en neurofisiologia. En realitat, Espanya és el país europeu en què hi ha hagut tradicionalment menys oferta de formació per al neuròleg en neurofisiologia. Actualment, la Societat Espanyola de Neurologia està oferint més possibilitats de formació, tot i que, al meu entendre, la formació oferta no és suficient. Això comporta el risc d'una pèrdua d'interès en aspectes científics rellevants de la neurofisiologia i la simplificació de les exploracions. Per millorar la formació del neuròleg en neurofisiologia, s'hauria de contemplar una superespecialització que podria estar integrada en el si d'unitats assistencials que ja estan pràcticament constituïdes, entre elles: Neuromuscular, Trastorns del Moviment, Dolor Neuropàtic, Son, Epilèpsia, i potser alguna altra. En aquestes unitats fun-

cionals hi hauria d'haver una persona amb coneixements amplis de neurofisiologia que permetés mantenir una activitat assistencial, d'investigació i de docència suficient en aquesta línia.

**13. En el nostre país, la Neurofisiologia i la Neurologia són especialitats MIR separades. Vostè que és un dels referents del nostre país, quin creu que és el paper d'ambdues especialitats i com veu el futur?**

Malauradament, el futur no el veig amb optimisme. Veig que dins la Neurofisiologia Clínica es lluita per mantenir una situació al marge de la Neurologia i això no es bo per ningú. Per tal que l'especialista en neurofisiologia clínica pugui arribar a tenir un àmbit d'actuació ple en la seva especialitat, i fugir de l'etiqueta de tècnic, s'ha de formar bé en les diferents branques de la neurologia en què hi pot haver una participació de la neurofisiologia. Ha de saber tanta o més fisiopatologia de la malaltia que el neuròleg i ha de saber els criteris diagnòstics de les malalties amb què tracta. Per desgràcia, això no passa avui en dia, ja que els neurofisiòlegs no passen prou temps en serveis de Neurologia. Per altra banda, tal com dèiem en l'apartat anterior, els neuròlegs no reben una formació suficient en neurofisiologia però es troben impulsats a practicar-la perquè no confien en els procediments dels neurofisiòlegs. El resultat és la realització d'exploracions senzilles que en moltes ocasions no són tècnicament perfectes i on costa d'interpretar les dades. Donar validesa a la impressió clínica és el recurs que alguns poden fer servir davant de dades impossibles de mesurar o avaluar. S'ha de destacar que alguns metges espanyols han fet les dues especialitats i han sabut compartir les ensenyances de les dues de manera eficaç. Però això comporta un esforç que no tots estan disposats a fer.

**14. Vostè col·labora habitualment amb l'Institut Guttmann: és assessor científic, ha participat en congressos organitzats per l'institut i també conjuntament amb ells va guanyar una Beca Marató TV3 el 2006 en referència a intervencions sobre els components sensorials i emocionals de pacients amb dolor neuropàtic crònic. En un moment en què la neurorehabilitació va cobrant rellevància, de tot això que ara estem parlant, què creu que tindrem realment per a la seva aplicació els propers anys?**

En la neurorehabilitació hi ha una línia de treball molt important que contempla com a primer tòpic la plasticitat neuronal al voltant del lloc lesionat. Hi ha mitjans no invasius, basats en l'estimulació magnètica transcranial o en l'estimulació cortical amb corrent contínua, que tenen algun efecte i a la Guttmann hi ha un bon

## L'ENTREVISTA

equip de treball que està adquirint força coneixements en aquest sentit. Crec que entre els grans professionals que hi ha a la institució i els assessors externs hi ha molt bon ambient de treball i hi ha molts projectes d'investigació i de millora de l'activitat clínica en marxa, encaminats lògicament a donar una millor qualitat de vida als malalts amb lesions espinals i amb dany cerebral crònic.

### **15. Vostè forma part de l'equip assistencial d'un hospital de tercer nivell: Com veu la situació de la neurologia a Catalunya? Cap on anem?**

Crec que l'especialitat és forta i està creixent en importància arreu del món. A Catalunya hi ha molt bons neuròlegs, comparables als d'altres països europeus. No obstant, és inevitable que la neurologia es divideixi en branques cada vegada més potents i estructurades. A tall d'exemple, avui dia els neuròlegs que s'encarreguen d'una àrea concreta, per exemple de la patologia vascular, no saben habitualment què estan fent els companys que es dediquen a una altra àrea, per exemple la neuromuscular. No sé si això és bo o no però comporta la pèrdua d'un nucli ben cohesionat de neuròlegs amb els mateixos interessos i objectius. És possible que, en el futur, veiem la combinació d'especialistes en més d'una disciplina formant part d'unitats funcionals estructurades en relació a malalties concretes, evitant que el malalt hagi d'anar d'especialitat en especialitat. Seria bo que un equip multidisciplinari es fes càrrec del malalt d'una manera institucionalment establerta.

### **16. En quins temes està treballant actualment?**

Els meus interessos són actualment dos: el control motor i el dolor neuropàtic. A la Unitat d'Electromiografia, Control Motor i Dolor Neuropàtic estem treballant en aquestes línies des de fa anys. Dins l'àrea del control motor estem treballant en la modulació dels reflexos de les extremitats inferiors en malalts que tenen trastorns de la marxa i també en qüestions d'aprenentatge motor implícit en malalts amb malalties degeneratives, com la malaltia de Parkinson o les degeneracions cerebel·loses. En l'àrea del dolor neuropàtic hem engegat una secció on estudiem la densitat de fibres intraepidèrmiques per biòpsia de pell, amb la finalitat de buscar una correlació entre els símptomes clínics i els resultats d'estudis neurofisiològics convencionals o específics de la via del dolor, com són els potencials evocats per estímuls nociceptius.

### **17. Els que vam passar pel Clínic recordem molt gratament les "calçotades" que periòdicament organitzava a casa seva amb molts dels seus amics, l'ambient entranyable i les fantàstiques vistes des de Collserola: encara segueix la tradició?**

Segueix la tradició de fer una trobada anual on hi vénen molts dels meus amics i, entre ells, molts dels companys de la feina. Malauradament, ara està prohibit fer foc a l'exterior pel risc d'incendis i, per tant, les calçotades s'han hagut de transformar en simplement una reunió d'amics sense foc.

### **18. Per donar per finalitzada l'entrevista, sempre ens agrada descobrir la part més propera de les persones a través de les seves aficions: quines són les seves?**

Des que vaig descobrir el joc he estat aficionat als escacs i segueixen sent el meu entreteniment principal després de la feina. De totes formes, m'agrada fer moltes coses, entre elles viatjar, llegir o estar simplement un cap de setmana a casa, gaudint de passeigs tranquils i un bon àpat, que és ja una gran satisfacció.

Dr. Valls, com sempre, moltes gràcies.

## COMUNICACIONS

COMUNICACIONS SELECCIONADES  
EN LA XIII REUNIÓ ANUAL DE LA  
SCN (\*PREMI SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA)**\*PRONÒSTIC DELS PACIENTS AMB MIO-  
PATIA DE LA UCI**

**AUTORS:** Coll Cantí, J. (1); Dura Mata, M. J. (3); Pérez Moltó, H. (2); Álvarez Ramo, R. (1); Ojanguren Sabán, I. (4); Sarmiento Martínez, X. (2); Rubio, V. (2); M. Del Campo (2); Serichol, M. (1); Klamburg, J.

(1) Servei de Neurologia, (2) Unitat de Cures Intensives, (3) Servei de Rehabilitació, (4) Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.

**OBJECTIU:** Determinar la freqüència de la neuro/miopatia en els pacients crítics i la repercussió funcional a curt i llarg termini.

**PACIENTS I MÈTODE:** Estudi prospectiu de 30 pacients ingressats a la UCI amb índex de fallida multiorgànica (SOFA) de 6 o més. Setmanalment es va practicar estudi EMG. La miopatia es va diagnosticar per les troballes anatomopatològiques després de detectar anomalies a l'EMG. La polineuropatia es va diagnosticar quan desapareixien tots els potencials sensitius. Es va fer un seguiment de la força postextubació (escala MCR) i de la funcionalitat del pacient (escala Barthel) fins a la seva normalització.

**RESULTATS:** La mortalitat de tota la sèrie va ser del 45%. 17 pacients (56%) tenien miopatia, dels quals a més 4 polineuropatia (7,5%). El temps mitjà de ventilació assistida va ésser de 41 dies pels pacients amb miopatia i d'11 pels que no la tenien. Els 4 pacients amb polineuropatia van morir.

El temps mitjà de recuperació de la força en els pacients amb miopatia va ésser de 37 dies (8-90), als 60 dies el 90% dels pacients amb miopatia tenien un Barthel de 100.

**CONCLUSIÓ:** La miopatia dels pacients crítics greus és freqüent. Els temps d'estada a la UCI i el temps de desconexió al respirador està augmentada en aquests pacients. La recuperació funcional completa es produeix en la majoria dels pacients dins dels 3 mesos després de l'alta de la UCI. La presència de polineuropatia s'associa a un mal pronòstic dels pacients.

Finançat per: PI-61510. Fundació Marató TV3.

**\*EFICÀCIA DE LA 4-AMINOPIRIDINA AL  
TRACTAMENT DE PACIENTS DIAGNOSTI-  
CATS D'ATÀXIA AMB DOWN-BEAT NYS-  
TAGMUS**

**Autors:** Raül Martínez<sup>1,2</sup>, David Genís<sup>1</sup>, Lluís Ramió-Torrentà<sup>1</sup>, Fabián Márquez<sup>1</sup>.

1. Unitat de Malalties Neurodegeneratives. Secció de Neurologia. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona; 2. Fundació Salut Empordà, Hospital de Figueres.

**INTRODUCCIÓ:** L'atàxia amb down-beat nystagmus (ADBN) és una malaltia neurodegenerativa infreqüent que s'inicia amb episodis d'inestabilitat i down-beat nystagmus (DBN) seguits d'una lenta progressió a atàxia de tipus vestibulo-cerebel·losa. Estudis recents semblen mostrar l'eficàcia dels bloquejadors de canals de potassi 3,4-diaminopiridina<sup>1</sup> i 4 aminopiridina (4-AP) pel tractament d'aquesta entitat. El nostre objectiu ha estat la valoració de la seguretat de la 4-AP i la seva eficàcia en el tractament de l'ADBN mitjançant l'escala de Berg.

**MATERIAL I MÈTODES:** Es realitza estudi pilot. A 14 pacients diagnosticats d'ADBN se'ls proposa tractament amb 4-AP. Onze accepten i dos abandonen precoçment per voluntat pròpia. Es valora l'estat de l'equilibri mitjançant protocol de filmació de l'escala de Berg i el DBN abans i als 4 mesos de tractament. Es comparen puntuacions entre pre- i post-tractament. Es registren efectes adversos.

**RESULTATS:** Fàrmac ben tolerat sense efectes secundaris a 20 mg/dia. El 30% van presentar millora objectiva en la puntuació. Entre les visites basal i als quatre mesos hi va haver una millora mitjana a les puntuacions de l'escala de Berg de 7 punts amb un rang entre 4 i 21. Només un malalt puntuà pitjor als 4 mesos. Els pacients refereixen també una major independència per efectuar les activitats de la vida diària. Un pacient recupera la deambulació. El DBN no va presentar canvis significatius.

**CONCLUSIONS:** La 4-AP és ben tolerada per pacients amb ADBN. El tractament millora l'equilibri tal com és valorat per l'escala de Berg, en un 33% de pacients de forma consistent. S'haurien de realitzar estudis a major escala per valorar millor l'eficàcia d'aquest fàrmac.

## EL RACÓ DEL RESIDENT

### CARACTERÍSTIQUES, EVOLUCIÓ I COMPLI-CACIONS DELS PACIENTS TRACTATS AMB FIBRINÒLISI EV A LES TERRES DE L'EBRE

**Autors:** Garcés Redondo, Moisés; Baiges Octavio, Joan Josep; Zaragoza Brunet, Josep; Martín Ozaeta, Gisela; Muñoz Farjas, Elena. Neurologia. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

**INTRODUCCIÓ:** La implantació del Codi Ictus (CI), una eina d'atenció urgent i especialitzada de l'ictus en fase aguda, es va iniciar el 2006 a les Terres de l'Ebre. Un dels objectius és augmentar el nombre de pacients amb ictus candidats a rebre tractament fibrinolític en les 3 primeres hores des de l'inici de la clínica. Fem un estudi retrospectiu dels pacients tractats al nostre centre.

**MATERIAL I MÈTODES:** Revisió dels pacients amb ictus agut i administració de fibrinòlisi ev des del 2006 fins al desembre del 2008 (Registre d'activacions del Codi Ictus de l'Hospital de Tortosa): Dades demogràfiques (edat, sexe), situació clínica inicial i a l'alta (NIHSS i Rankin), complicacions relacionades amb la fibrinòlisi, mecanisme de l'ictus (aterotrombòtic, cardioembòlic, lacunar, inhabitual, indeterminat) i horaris (inici clínica, activació Codi Ictus, arribada a Urgències, valoració per l'Equip, realització TC i inici de fibrinòlisi).

**RESULTATS:** 36 pacients (60% homes, 40% dones). Edat mitjana 67,1 (H: 69,5; D: 63,4). Situació clínica a l'ingrés: NIHSS 12,4 (H: 12,7, D: 11,8). Situació a l'alta hospitalària: NIHSS 4 (H: 5,2, D: 2,3) i Rankin 1,83 (H: 2,1, D: 1,3).

**Mecanisme de l'ictus:** Aterotrombòtic (AT) 15, Cardioembòlic (CE) 14, Lacunar (L) 4, Inhabitual (Inh) 1, Indeterminat (Indet.) 2.

**Mecanisme per sexes:** Homes = AT 59%, CE 36%, Lacunar 5%. Dones = AT 14%, CE 43%, L 21%, Inh 7%, Indet 15%.

**Horaris (Inici clínica/agulla):** <60 minuts – 0 pacients; 60-120 minuts – 7 pacients (edat 68,8; NIHSS inicial 13 i a l'alta 4,6; Rankin a l'alta 1,6); 120-180 minuts – 28 pacients (edat 66,3; NIHSS inicial 12,3 i a l'alta 4, Rankin a l'alta 1,9); més de 180 minuts – 1 pacient (edat 79, NIHSS inicial 10 i a l'alta 1, Rankin a l'alta 1).

**Temps d'actuació:** Porta-agulla 64 minuts, inici clínica-agulla 147 minuts.

**Complicacions:** 1 mort, 1 angioedema, 1 crisi epilèptica, 3 hemorràgies sense repercussió clínica (1 AT i 2 CE), 1 crisi HTA amb mal control.

**CONCLUSIONS:** Com a dades generals destaquem l'administració de fibrinòlisi al 10% de pacients amb activació del Codi Ictus. Malgrat una situació clínica similar a l'ingrés, i contràriament a estudis publicats,

observem millor evolució de dones respecte a homes. Es detecten diferències per sexe i mecanisme de producció de l'ictus (predominantment ateroscleròtic en homes i cardioembòlic en dones), cosa que es pot traduir també en millor evolució. No hem detectat millor pronòstic funcional en els pacients tractats més precoçment. Temps porta-agulla de 64 minuts, però destaca demora des de l'inici dels símptomes fins arribar al nostre centre (medi rural, desconeixement de la patologia, població allunyada de l'hospital...).

### DOLOR TORÀCIC ATÍPIC D'ORIGEN NEUROLÒGIC

**Autors:** Pardina, O; Albertí, A; Povedano, M; Rubio, F. Servei de Neurologia, Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

**INTRODUCCIÓ:** Es presenten 2 casos de dolor precordial de característiques atípiques causats per radiculopatia C8.

**PACIENTS I MÈTODES:** 1.- Pacient de 66 anys diabètica en tractament amb ADOs que presenta dolor precordial d'aparició brusca amb irradiació a l'esquena i ambdós espatlles. Al cap de 6 hores inicia dèficit motor distal a mà dreta y posteriorment a l'extremitat superior esquerra. Gradualment el dolor precordial disminuí d'intensitat. A l'exploració s'objectivà parèsia de musculatura de C8-D bilateral de predomini dret així com areflèxia aquilea i hipopalestèsia distal a EElI. 2.- Pacient de 40 anys sense antecedents patològics d'interès que inicia dolor precordial irradiat a axil·la que calma parcialment amb analgèsia. 2 dies després inicia parestèsies en 4rt i 5è dit de mà esquerra y debilitat de la mà. El dolor desapareix progressivament. A l'exploració s'evidencia parèsia del territori C8 esquerra així com reflex tricipital disminuït.

**RESULTATS:** 1.- Es realitza CPK, troponines, ECG, Rx tòrax i TAC toràcic, tot dins de la normalitat. -EMG del mateix dia: patrons de contracció neurògena a musculatura depenent de C8-D1 dretes. Polineuropatia sensitiva motora axonal -EMG al cap de 15 dies: signes de denervació i patrons de contracció neurògena a musculatura de C8-D1 dretes. -RMN medul·lar: hèrnia discal C7-D1. Estenosis del canal en l'espai C5-C6 amb signes de mielopatia.

2.- Es realitza ECG, Rx tòrax i AS sense alteracions. -EMG a la setmana: patrons neurògens a musculatura depenent de C8, sense signes de denervació que orienten a radiculopatia C8.

**CONCLUSIONS:-** El dolor d'una radiculopatia C8 pot simular el dolor precordial d'una cardiopatia isquèmica.



## EL RACÓ DEL RESIDENT

- En els pacients amb dolor toràcic atípic s'ha de plantejar aquesta entitat dins del diagnòstic diferencial, ja que la clínica neurològica pot aparèixer de forma diferida.

### CORRELACIÓ ENTRE ELS FACTORS DE RISC VASCULAR DE LA SÍNDROME METABÒLICA I MICROALTERACIONS DE LA SUBSTÀNCIA BLANCA: Un ESTUDI de DTI

**AUTORS:** B. Seguraa, MA. Juradoa; N. Freixenetb; C. Falcónc,d; C. Junquéa,c, A. Arboix,e.

(a) Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Universitat de Barcelona. Barcelona. (b) Servei de Diabetis, Endocrinologia i Nutrició. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. (c) Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. (d) CIBER-BBN. Barcelona. (e) Divisió Cerebrovascular. Departament de Neurologia. Hospital Universitari del Sagrat Cor, Universitat de Barcelona, Barcelona.

**INTRODUCCIÓ:** La síndrome metabòlica ha estat associada amb alt risc de malaltia cardiovascular i d'infart cerebral però pocs estudis han investigat la relació entre la síndrome i el possible dany al sistema nerviós central. El nostre objectiu és investigar la relació entre els factors de risc de la síndrome i les alteracions de substància blanca cerebral detectades per imatges de ressonància magnètica, utilitzant una aproximació de la tècnica voxel-based amb imatges de tensor de difusió (DTI).

**MATERIAL I MÈTODES:** La mostra estava formada per 38 subjectes amb edats compreses entre els 50 i 80 anys: 19 controls sans i 19 pacients. Tots els pacients complien els criteris pel diagnòstic de la síndrome metabòlica segons la NCEP ATP-III (1). Es van realitzar anàlisis de correlació entre els factors de risc vascular que componen la síndrome i els valors de DTI: l'anisotropia fraccional (FA) i el coeficient de difusió aparent (ADC).

**RESULTATS:** Els nivells de glucosa i els valors de la circumferència de la cintura correlacionaven positivament amb els valors de FA i negativament amb els d'ADC a la part anterior del cos callós, la substància blanca temporal posterior i la substància blanca occipital.

**CONCLUSIONS:** La síndrome metabòlica està associada amb alteracions microestructurals de la substància blanca; aquestes alteracions correlacionen amb els principals factors de risc proposats com a desencadenants de la síndrome (2,3,4).

### Referències:

1. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. "Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement". *Circulation* 2005; 25: 2735-2752.
2. Grundy SM. "Metabolic syndrome pandemic". *Arterioscler.Thromb.Vasc.Biol.* 2008 28:629-636.
3. Magliano DJ, Shaw JE, Zimmet PZ. "How to best define the metabolic syndrome". *Ann.Med.* 2006; 38:34-41.
4. Lusic AJ, Attie AD, Reue K. "Metabolic syndrome: from epidemiology to systems biology". *Nat.Rev.Genet.* 2008; 9:819-830.

### PREVALENCIA, PERSISTÈNCIA I INCIDÈNCIA DE L'APATIA EN LA MALALTIA D'ALZHEIMER

**AUTORS:** J. Garre-Olmo<sup>1</sup>, S. López-Pousa<sup>1,2</sup>, J. Vilalta-Franch<sup>1,2</sup>, A. Turon-Estrada<sup>2</sup>, M. Lozano-Gallego<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unitat de Recerca; <sup>2</sup>Unitat de valoració de la Memòria i les Demències; Hospital Santa Caterina. Institut d'Assistència Sanitària. Salt (Girona).

**OBJECTIUS:** Existeix poca informació sobre les conseqüències de l'apatia en el curs evolutiu de la malaltia d'Alzheimer (MA). L'objectiu d'aquest estudi va ser determinar la prevalença, la persistència i la incidència de l'apatia en pacients amb MA.

**MATERIAL I MÈTODE:** Estudi longitudinal i observacional en pacients amb diagnòstic de MA. El diagnòstic d'apatia es va realitzar a través de criteris diagnòstics establerts. La freqüència i la gravetat de l'apatia es van determinar mitjançant la subescala del neuropsychiatric inventory (NPI). Es van calcular les propietats diagnòstiques de la subescala d'apatia de l'NPI. Es van utilitzar contrastos d'hipòtesis per comparar les característiques clíniques dels pacients (Cambridge Cognitive Examination-CAMCOG; Rapid Disability Rating Scale-RDRS-2) d'acord amb la incidència, la persistència o la remissió dels símptomes apàtics als 12 mesos.

**RESULTATS:** La mostra estava formada per 491 pacients, el 70% dels quals eren dones, i la mitjana d'edat era de 75,2 anys (de=6,6). La prevalença de la síndrome d'apatia fou del 21% (n=103). El punt de tall de màxima eficiència de la subescala d'apatia de l'NPI fou 4/5 (sensibilitat=93,2%; especificitat=84%) als 12 mesos. La incidència fou del 12,5%; la persistència del 61,2% i la remissió del 38,8%. Els pacients amb apatia es van caracteritzar per una major puntuació en el CAMCOG (51,8 vs. 56,45; p<0,001) i una major

## EL RACÓ DEL RESIDENT

discapacitat segons l'RDRS-2 (30,15 vs. 25,59;  $p < 0,001$ ). L'edat ( $rr=1,07$ ) i la puntuació total de l'NPI ( $rr=1,04$ ) van ésser les úniques variables que van predir la presència d'apatia a l'any, segons el model de regressió logística ajustat.

**CONCLUSIONS:** Un de cada cinc pacients amb MA presenta una síndrome d'apatia. La presència d'apatia determina un major índex de deteriorament funcional però no influeix en l'evolució del deteriorament cognitiu. Ni el deteriorament cognitiu ni el funcional es relacionen amb la incidència d'apatia.

## L'AGENDA



**I Curs de Formació en Neurologia Clínica de la Societat Catalana de Neurologia. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Setembre 2008-maig 2009.**



**XIV Sessions de la Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari del Sagrat Cor.**

Octubre 2008-maig 2009.  
(Activitat avalada per la Societat Catalana de Neurologia)

**XI Edició del Màster en Neuropsicologia i Neurologia de la Conducta de la Universitat Autònoma de Barcelona**

Primer curs: 06/10/2008 - 31/07/2009.  
Aulari de la Facultat de Medicina de la UAB a l'Hospital del Mar (UDIMAS).

**(Màster) d'Electrodiagnòstic Neurològic de la Universitat de Barcelona**

1a part: del 30 octubre al 8 de novembre de 2008.  
2a part: del 20 al 30 d'abril de 2009.

**II Simposio Latinoamericano de Monitoración Neurofisiológica. Capítulo Latinoamericano de la International Federation of Clinical Neurophysiology**

13-16 de mayo de 2009. Porto Alegre (Brasil).

**Cursos Magistrales, Premiados Cátedra Santiago Grisolia 2009**

14-16 de mayo de 2009. Valencia.

**XI Curso para residentes: "Enfermedades desmielinizantes" Grupo de Estudio de Enfermedades Desmielinizantes de la SEN**

21-22 de mayo 2009, San Sebastián.

**XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arteriosclerosis**

27-29 de mayo de 2009. Pamplona.

**19th Alzheimer Europe Conference**

28-30 de mayo de 2009. Bruselas.

**XIV Curso Nacional de Cefaleas para residentes de neurología R3 y R4 Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN**

29-30 de mayo de 2009, Bilbao.

**12th Biennial Meeting of the International Neurotoxicology Association**

7-12 de junio de 2009. Israel.

**23rd Annual Hellenic Congress of Neurosurgery**

10-13 de junio de 2009. Alexandroupoli.

**5th Kuopio Alzheimer Symposium**

11-13 de junio de 2009. Kuopio, Finlandia.

**Segunda Reunión Conjunta ABN (Association of British Neurologists) -SEN**  
22-26 de junio de 2009. Liverpool.

**19th Meeting of the European Neurological Society**

20-24 de junio de 2009. Milán, Italia.

**24th International Symposium on Cerebral Blood Flow, Metabolism, & Function, and 9th International Conference on Quantification of Brain Function with PET**

29 de junio a 3 de julio de 2009. Chicago.

**19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics**

5-9 de julio de 2009. París. Francia.

**ICAD International Conference on Alzheimer's Disease 2009**

11-16 de julio de 2009. Viena.

**First International Congress on Clinical Neuroepidemiology**

27-30 de agosto de 2009. Munich. Alemania.

**13th Congress of the European Federation of Neurological Societies (EFNS)**

12-15 de septiembre de 2009. Florencia. Italia.

**2009 World Congress on Huntington's Disease**

12-15 de septiembre de 2009. Vancouver, British Columbia. Canadá.

**The 3rd World Congress on Controversies in Neurology (CONy)**

8-11 de octubre de 2009. Praga.

**Staging Neuropsychiatric Disorders: Implications for Etiopathogenesis and Treatment**

14-18 de octubre de 2009. Mojacar (Almería). España.

**International Symposium on Neurorehabilitation. From Basics to Future. Cátedra Santiago Grisolia**

15-16 de octubre de 2009. Valencia.

**Reunión Internacional sobre los Aspectos Funcionales en el Manejo de Tumores Gliales**

15-17 de octubre de 2009. Santander.

**LXI Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología**

17 al 21 de noviembre de 2009. Barcelona.

**The Sixth International Congress on Vascular Dementia**

19 al 22 de noviembre de 2009. Barcelona.

**XVIII WFN World Congress on Parkinson's Disease and Related Diseases**

13-16, diciembre de 2009. Miami Beach, FL, USA.

## EL MIRADOR



Vista panoràmica de l'imponent massís del Pedraforca des de Berga  
(FOTO: Alba Arboix-Alió)

## EL MIRADOR



Vista del Monestir de Montseerat., seu de la XIII Reunió de l'SCN i del XXIII Curs d'actualització en Neurologia.