OCTUBRE 2006
NÚM. 1
www.scn.es

Neurologia Catalana

Butlletí de la Societat Catalana de Neurologia

SUMARI

1. Editorial
2. Temes d'actualitat
3. Neurologia Catalana al món
4. Semiologia
5. L'espai dels pacients
6. El racó dels residents
7. El mirador
8. Notícies de la Societat
9. Agenda

MEMBRES D'HONOR
Dr. Josep Mª Aragonès, Dr. Lluis Barraquer, Dr. Emili Fernández-Álvarez, Dr. Josep Mª Grau, Dr. Vladimir Hachinski, Dr. Jun Kimura, Dr. Lluís Montserrat, Dr. Joan Obach, Dr. Carlos Oliveras de la Riva, Dr. Adolf Pou Serradell, Dr. Ciril Rozman, Dr. Feliu Titus

JUNTA

President	Dr. Francisco Rubio
Vicepresident	Dr. Alexandre Gironell
Secretari	Dr. Antoni Turon
Tresorer	Dr. Jordi Gascón
Vocals	Dr. Joan Josep Baiges
	Dr. David Cánovas

EDITOR BUTLLETÍ: Alexandre Gironell

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

Societat Catalana de Neurologia

FUNDACIÓ SOCIETAT CATALANA DE NEUROLOGIA

L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS

EDITORIAL

Benvolguts companys/es,

Una de les primeres accions de la nova junta de la SCN que va sortir al darrer congrés de Vandellòs ha estat procedir a la renovació del butlletí de la Societat. Hem optat per un format electrònic únic, la qual cosa disminueix les despeses i al mateix temps permet una major interacció entre els membres de la nostra Societat.
Aquesta revista electrònica intenta ser el fòrum de debat i de comunicació entre els membres de la Societat, i en sortiran tres exemplars anuals: octubre, febrer i juny. La major part de la informació serà d'accés lliure, amb excepcions d'apartats interactius (semiologia neurològica, cas clínic) als quals només podran accedir els socis.

Aquí teniu el primer exemplar d'aquest nou butlletí de la Societat. Aquest nou butlletí l'hem anomenat **neurologia catalana**. La revista s'ha estructurat en les següents parts:

- **Temes d'actualitat**, on un expert exposa la seva visió sobre un determinat tema rellevant de la professió, ja sigui mèdic o no.
- **Neurologia catalana al món**. En aquest apartat l'autor d'una publicació d'impacte internacional que s'hagi produït recentment per part de neuròlegs que desenvolupin la seva tasca a Catalunya ens farà un resum dels punts més destacables del seu treball.
- **Semiologia neurològica**. En cada número de la revista un "mestre" de la neurologia del nostre país farà una breu exposició d'un signe/símptoma neurològic. En aquest punt, els socis podran fer les seves aportacions amb comentaris i experiències.
- **Entrevista** amb una persona relacionada amb la societat.
- **L'espai dels pacients**. Espai reservat a les associacions de pacients o bé a opinions de pacients sobre la seva vivència de la malaltia.
- **El racó del resident**. Presentació d'un cas clínic per part de residents d'un hospital i discussió interactiva per membres de la Societat. Discussió final del cas per part de residents d'un altre hospital.
- **El mirador**. Fotografies i textos sense contingut científic que ens enviïn membres de la Societat.
- **Notícies**. Notícies d'interès a la Societat en el darrer quadrimestre i en el futur proper.
- **Agenda**.

Espero que el projecte de la revista, els seus apartats i el seu contingut siguin del vostre interès i es converteixi en una referència per a la pràctica de la neurologia al nostre país. Resto a la vostra disposició per a qualsevol comentari o suggeriment o, si disposeu de material que creieu publicable en aquest espai.
Gràcies per endavant per la vostra col·laboració en el contingut de la revista.

Alexandre Gironell
Editor de "Neurologia Catalana"
agironell@santpau.es

TEMES D'ACTUALITAT

VAGA DE METGES A CATALUNYA: Per què i què ha aportat?

Jaume Coll i Cantí
Neuròleg
Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

En els mesos d'abril i maig d'enguany es va produir una aturada seguida massivament pels metges de la sanitat pública a Catalunya. Feia molts anys que no es produïa un fet com aquest. Els motius d'aquesta mobilització han estat plurifactorials i els podríem agrupar en tres grans blocs: l'econòmic, el professional i el de la política sindical. Intentaré desglossar-los separadament més que per fer entendre al lector els conceptes que l'autor podria tenir clars, sinó per entendre jo mateix tot aquest embolic.

COMUNITAT	SOU € bruts any
Galícia	42558,34
Canàries	42350,49
Comunitat Valenciana	42090,02
País Basc i Múrcia	41838,5
Illes Balears	41729,14
Castella Lleó	41707,22
Extremadura	41667,81
Astúries	41647,32
Navarra	41454,29
Castella la Manxa	41360,42
Cantàbria	41088,14
Aragó	40864,88
Madrid	40614,50
La Rioja	40605,02
Andalusia	40479,06
Catalunya	36267,46

TAULA 1: Comparativa de sous dels metges per comunitats a Espanya

¿Els motius han estat purament econòmics?

Els metges d'Espanya i en concret els catalans, sempre dins de l'àmbit de la sanitat pública, tenen uns sous que estan per sota de totes les mitjanes europees i espanyoles. En una carta publicada a La Vanguardia el 29 de gener d'enguany es veia la notícia que es contractaven metges polonesos a Extremadura i Castella-la Manxa. Allà un metge especialista a l'hospital de Coria (Extremadura) cobrava per una jornada laboral de 8-15 h un total de 3.200 € al mes nets, mentre que a casa nostra (jornada de 8-17 hores) 2.500 €.

En la següent taula (Taula1) exposo la comparativa de sous entre el metges a l'estat espanyol i Catalunya. (Font: Europa Press: El Mundo 17-9-2005)

Si fem la comparativa amb sous europeus (Taula 2), la diferència encara és més sagnant com es pot veure en la següent taula. Font Col·legi de Metges de Càceres.

Bé, doncs, malgrat que els metges catalans som de llarg els que més hores treballem a la sanitat pública

PAÍS	SALARI INICIAL	SALARI FINAL	JUBILACIÓ	DESPESA EN SALUT % DEL PIB
REGNE UNIT	80.000	120.000	85%	6,7
ALEMANYA	45.000	80.000	60	10,6
ÀUSTRIA	50.000	100.000	60% del sou sobre els 15 millors anys	8,7
BÈLGICA	75.000	87.000	75% sobre la mitja dels anys treballats	8,8
FRANÇA	38.000	79.000	70 -75%	9,6
ITÀLIA	30.000	75.000	80% sobre els últims 5 anys	8,4
PORTUGAL	35.000	60.000	92%	7,8
ESPANYA	33.000	41.000	40 -60%	7,1

Taula 2: comparativa de sous dels metges europeus

TEMES D'ACTUALITAT

VAGA DE METGES A CATALUNYA: Per què i què ha aportat?

(horari fins a les 17 hores) i som els que menys cobrem, aquest no ha estat el factor determinant a l'hora d'iniciar una vaga. La majoria de nosaltres tenim un alt sentit de la responsabilitat vers la nostra professió i els pacients. De fet, hi va haver metges que van estar de vaga, però van atendre algunes de les seves activitats professionals. A més, totes les consultes desprogramades per motiu de la vaga van ser reprogramades en els dies posteriors forçant les agendes.

Els motius han estat purament professionals?

La medicina era, i crec que encara ho és, una vocació. A les facultats de medicina ens van ensenyar que el més important és el pacient, i tots els nostres esforços van encaminats a fer un diagnòstic al més ràpid possible i poder indicar el tractament més escaient. De la relació metge pacient en el moment de la consulta, ja sigui a urgències, consulta externa, sala d'ingressats, etc., en deriven una sèrie de procediments (proves complementàries, tractaments, etc.) que posen en marxa tota la maquinaria sanitària. Seria, per tant, lògic que l'Administració tingués la màxima cura a facilitar i agilitar aquests procediments.

A la realitat ens trobem que, com a molt, el metge fa de metge en un 50% del seu temps, l'altre 50% fa d'administratiu i això sembla que va en augment. Paradoxalment hem vist com en els últims anys cada vegada hi ha més càrrecs administratius a la cúpula dels hospitals (subgerents, subdirectors, etc.) i els cursos de gestió són cada vegada més prolífics.

A la carrera professional la formació continuada té un paper important i així ha de ser, però resulta que et donen més punts de formació per un curs de gestió, relacions personals, etc. dins, en el meu cas de l'ICS, que per als que desenvolupes dins de la teva pròpia societat científica o per ser part del personal docent d'un determinat curs. De fet, ara jo mateix quan imparteixo un curs el que faig es apuntar-m'hi com a alumne, ja que així em surt més a compte.

D'altra banda, l'economicisme s'ha tornat de facto l'amo de la sanitat, i aquí voldria exposar-vos un parell d'exemples reals.

A un company li demanaven en una comissió hospitalària que augmentés el nombre d'un cert tipus d'intervenció quirúrgica que necessitava una pròtesi un dia i l'endemà a la comissió financera li demanaven que disminuís la despesa d'aquestes pròtesis. COMPTE!, hi havia directius que estaven a les dues comissions! Un dia a urgències, vaig demanar hidatoïnes ev per a un pacient que tenia convulsions, em van dir que no n'hi havia, que s'havia esgotat el pressupost de farmàcia de l'any i com tota resposta vaig rebre un encongiment d'espatlles davant de les meves requisitòries. Estàvem en el mes de setembre!

A tot això cal afegir que el responsable jurídic davant d'un acte mèdic és el metge com a individu i que les circumstàncies com ara sobrecàrrega de feina, mala disposició de mitjans, etc. no eximeixen la responsabilitat.

Davant d'aquesta situació molts companys adopten una actitud positiva en el sentit de fer sentir la seva veu per indicar quins són els punts febles del sistema i quines propostes tenen per millorar, però ens hem d'afrontar al fet que el metge ha perdut pes a l'hora de fer arribar les propostes i/o queixes. Les juntes clíniques (cos democràticament escollit entre tot el cos facultatius) no té funcions específiques que siguin executives o vinculants. La direcció mèdica que en alguns centres era un càrrec d'elecció entre el cos facultatiu és un nomenament a dit del gerent.

Així ja tenim un col·lectiu de professionals amb idees innovadores per millorar la qualitat assistencial i el nivell científic, però que està mal pagat, que no se l'escolten (llevat que surti per la televisió i/o diari), sobrecarregat de feina i que, a més, si poden, li escatimen els crèdits de formació.

Amb aquest panorama ja n'hi hauria prou per fer un protesta, però la situació abans esmentada porta una colla d'anys funcionant i el malestar només s'expressa entre companys a l'hora del cafè. Es més, amb l'arribada del nou govern ens van arribar indicis d'una forta inversió per tal de millorar la situació professional (renovació de material, contractació de personal nou, etc.), així doncs, ha faltat temps perquè ara es poses en marxa una vaga.

El factor de la política sindical

El mapa sindical dels metges a Catalunya és divers i cal explicar-ho per tal d'entendre la situació. En alguns hospitals tenen una representació sindical pròpia de cada centre (Associacions Professionals com en el cas de l'Hospital Clínic, Creu Roja de L'Hospitalet i Sant Pau), d'Institució com és el cas d'alguns centres dependents de l'ICS (facultatius independents de Catalunya) i els Metges de Catalunya que també afilia els metges de la XHUP. Aquest últim sindicat que sembla que té el nombre d'afiliats més gran, va sorgir fa uns 6-7 anys arran de la unió de les diferents associacions professionals dels hospitals de la XHUP i ICS. Aquesta fusió va tenir el suport dels govern i va ser beneïda pel Col·legi de Metges de Barcelona.

TEMES D'ACTUALITAT

VAGA DE METGES A CATALUNYA: Per què i què ha aportat?

Lògicament a les patronals els convé tenir un sol interlocutor a les negociacions i als metges també els és convenient afrontar-les com un bloc unitari i solidari per tal de fer més força (això ens pensaven).

A l'hora de presentar-se a les eleccions sindicals Metges de Catalunya van formar coalició i, amb el sindicat d'infermeria, es va constituir el CEMSATSE (Convergencia Estatal de Médicos y Ayudantes Técnicos Sanitarios). La idea era aconseguir un nombre més important de delegats i poder seure a les taules negociadores amb les grans organitzacions sindicals (CCOO i UGT). Això ha estat bé des del punt de vista de la representació numèrica, però, des del punt de vista qualitatiu, l'interlocutor legal amb les patronals i l'ICS és CEMSATSE i no Metges de Catalunya. A més, els primers convenis de la sanitat els van firmar conjuntament amb els grans sindicats de classe (UGT, CCOO) i es va perdre l'oportunitat de poder firmar convenis independents o convenis franja (com passa amb el SEPLA o amb l'associació professional de l'Hospital Clínic, per exemple).

Amb el pas del temps s'ha vist com la influència dels metges ha anat perdent protagonisme des del punt de vista professional i econòmic com he desglossat en els dos primers punts, degut al fet d'estar en un fòrum de discussió (taules negociadores) en minoria i, a més, amb representativitat compartida amb els ATS. D'aquí la reivindicació de formar una taula amb les patronals sanitàries i l'ICS de caràcter vinculant.

Els metges davant d'aquesta reivindicació lògica i el desencís d'anys van reaccionar de forma airada a la negativa per part de les patronals i l'ICS d'acceptar aquesta taula vinculant. Malgrat que des del punt de vista econòmic i amb ofertes de millora professional hi havia acord previ.

Es va convocar una vaga que va ser seguida massivament. Els metges teníem l'esperança de poder recuperar el protagonisme, ja que ens consideràvem maltractats des de feia anys i de passada millorar les condicions laborals.

La pregunta és, per què l'administració, les patronals i els sindicats de classe van rebutjar aquesta taula? Explicar-ho amb detall seria una mica complicat, però, en resum, ÉS IL·LEGAL.

Davant d'aquesta situació el conflicte es trobava en un carrer sense sortida. Metges de Catalunya havia abanderat una vaga sota el lema que no ens arraconin, Volem conveni franja, volem taula vinculant! Les patronals i grans sindicats van amenaçar el govern que si acceptava aquesta taula ho portarien tot als tribunals i guanyarien.

Llavors, per donar sortida al conflicte i salvar la cara, es va pactar la creació del Consell Mèdic de Catalunya de caràcter executiu amb la mateixa representació que actualment tenen les taules negociadores, més altres institucions (Col·legi de Metges, universitats, etc.). A més, les decisions d'aquest consell queden supeditades als acords de les taules negociadores de sempre que realment són les que tenen la capacitat legal de firmar acords d'obligat compliment.

¿Per què han servit llavors tants dies de vaga?

A la taula 3 us faig una comparativa entre els acords previs a la vaga i els posteriors.

En definitiva, la vaga ha servit per augmentar el sou dels metges de la XHUP en el sentit que 2.000 € a l'any passant de productivitat variable a fix (taules 3 i 4). També ha servit per deixar en els metges un mal gust de boca després de l'esforç econòmic que ha representat fer una vaga de tants dies i perquè vegin com s'han forçat les seves agendes postvaga i haver d'atendre els pacients en la meitat de temps. Per als que treballem a l'ICS, tot segueix més o menys igual (taula 4).

Durant el ©onflicte l'Administració estava disposada a posar sobre la taula, conscient del malestar del sector, moltes mesures; Elecció dels directors mèdics per sufragi universal entre els facultatius, atorgament de més pes a les juntes clíniques, obligatorietat dels gerents de reunir-se una vegada a l'any com a mínim amb tots els serveis, etc. D'això no se n'ha parlat.

Tinc la sensació que hem estat enganyats. A més, en aquest Consell Mèdic de Catalunya s'ha vedat la presència de l'únic sindicat que té una representació exclusivament mèdica, el Sindicat de Facultatius Independents de Catalunya. Per part de CCOO i Metges de Catalunya!

En definitiva no crec que la vaga hagi aportat res positiu als metges, llevat de posar de manifest un malestar latent en tot aquest sector per les condicions de treball i laborals. Espero que l'Administració n'hagi pres nota, i que no es vegi temptada d'aplicar mesures economicistes per tal d'apaivagar l'increment en la despesa que representa l'increment del preu de la guàrdia (recordo que passa de 12 a 24 € l'hora) i no s'acontenti amb la criatura del Consell Mèdic de Catalunya per anar marejant la perdiu. Si no, d'aquí a un temps tornarà un nou el conflicte que ningú vol.

TEMES D'ACTUALITAT

VAGA DE METGES A CATALUNYA: Per què i què ha aportat?

Jaume Coll i Cantí es neuròleg, expresident de la Societat Catalana de Neurologia i membre del sindicat Facultatius Independents de Catalunya.

CONCEPTE	XHUP 2005	ICS 2005	XHUP 2006 preacord	ICS 2006 Previ vaga	XHUP 2006 Després vaga	ICS 2006 Després vaga
CONCEPTES FIXES:						
Retribució anyal fixa anyal fixa (RAF) + plus conveni (XHUP)	36.814,19	36.267,46	37.618,33	37.618,34	37.618,33	37.618,34
Antiguitat 10 anys	578,16	1.726,20	598,90	1.790,06	598,90	1.790,06
Carrera Professional 2ª	6.091,09	6.586,68	6.212,91	6.764,64	6.212,91	6.764,64
SUBTOTAL	43.483,44	44.589,34	44.430,14	46.173.04	44.430,14	46.173.04
ALTRES COMPLEMENTS						
Complement atenció programada (1)	2.679,88	0,00	2.733,48	0,00	4.733,48	0,00
Adscripció al sistema incentivació professional (2)	2.074,00	0,00	3.315,48	0,00	3.315,48	0,00
PRODUCTIVITAT:						
Complement productivitat variable (3)	0,00	4.547,50	4.590,00	4.652,84	2.890,00	4.652,84
SUBTOTAL ALTRES COMPLEMENTS +PRODUCTIVITAT	4.753,88	4.547,50	10.638,96	4.652,84	10.938,96	4.652,84
TOTAL	**48.237,32**	**49.136,84**	**55.069,10**	**50.825,88**	**55.369,10**	**50.825,88**
GUÀRDIES (Exemple 646 hores de guàrdia - 323 laborables+323 festives-)						
263 hores laborables	3.609,06 (273 * 13,22)	3.609,06 (273 * 13,22)	6.279,00 (273 *23)	6.279,00 (273 *23)	6.279,00 (273 *23)	6.279,00 (273 *23)
263 hores festives	4.266,99 (273 * 15,63)	4.266,99 (273 * 15,63)	7.098,00 (273 * 26)	7.098,00 (273 * 26)	7.098,00 (273 * 26)	7.098,00 (273 * 26)
100 hores (fins 2290)	1.442,50 (50*13.22 + 50*15,639)	1.442,50 (50*13.22 + 50*15,63)	3.000 (100 * 30)	2.450 (50*23 +50*26)	3.000 (100 * 30)	2.450 (50*23+50*26)
Mòdul d'atenció continuada. (4)	1.869,75	0,00	1.907,15	0,00	1.907,15	0,00
SUBTOTAL	11.188.30	9.318,55	18.284,15	15.827,00	18.284,15	5.827,00
TOTAL + GUÀRDIES	**59.137,15**	**58.455,39**	**73.353,25**	**66.652,88**	**73.653,25**	**66.652,88**
Complement >55 anys (5)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.000

(1) C.At.Prog.: Tots els facultatius amb més d'un any de contracte. La xifra 4.733,48 € és un còmput ponderat ja que és de 3.933,44 € a partir de juliol 2006 i 5.933,48 € a partir juliol 2007.
(2) Adscripció CPSIP: Tots els facultatius amb algun nivell de carrera professional.
(3) CPV: Calculat amb un 85%.
(4) MAC: Aplicable a partir de 75% guàrdies estipulades.
(5) Complement anyal per facultatius que deixen de fer guàrdies al 55 anys a canvi de tasques per definir.

TAULA 3: Comparativa remuneracions abans, amb preacord i després de la vaga

	2006 abans vaga preacord. Homologació (€/any)	2006 després vaga(€/any)	%
XHUP			
- Sou sense guàrdies	55.069,10	55.369,19 (*)	0,54%
- Sou amb guàrdies	73.353,25	73.653,25	0,41%
ICS			
- Sou sense guàrdies	50.825,88	50.825,88	0,00%
- Sou amb guàrdies	66.652,88	66.652,88	0,00%

TAULA 4: Resum increments abans i després vaga.

NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

DEFINICIÓ DE LA RESPOSTA A L'INTERFERON BETA EN ELS PACIENTS AMB EM REMITENT RECIDIVANT

Ann Neurol. 2006 Feb;59(2):344-52
Defining the response to interferon-beta in relapsing-remitting multiple sclerosis patients.

J. Rio, C. Nos, M. Tintoré, N. Tellez, I. Galan, R. Pelayo, M. Comabella, X. Montalban

Unitat de Neuroimmunologia Clínica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

OBJECTIVE: Many patients with multiple sclerosis (MS) are currently receiving treatment with interferon (IFN)-beta. Early identification of nonresponder patients is crucial to try different therapeutic approaches. We investigated various criteria of treatment response to assess which criterion better identifies patients with a poor response.

METHODS: We studied relapsing-remitting MS (RRMS) patients treated with IFN-beta and followed them up for at least 2 years. Expanded Disability Status Score was scored every 3 months and relapses were recorded. We analyzed various criteria based on relapses, disability progression, or both.

RESULTS: Three hundred ninety-three patients were included. After 2 years of treatment, we observed a proportion of nonresponders, ranging from 7 to 49% depending on the stringency of the criteria used. Criteria based in disability progression had higher sensitivity, specificity, and accuracy. The hazard ratio for the development of marked disability after 6 years of treatment was 39.6 (95% confidence interval, 16.6-94.4) among the patients who fulfilled the criterion based only in disability progression.

INTERPRETATION: Criteria of response to IFN-beta therapy in RRMS using disability progression are more clinically relevant than those based only in relapse rate. This finding may be important for the counseling and care of RRMS patients treated with IFN-beta.

COMENTARI DE L'AUTOR

DEFINICIÓ DE LA RESPOSTA A L'INTERFERON BETA EN ELS PACIENTS AMB REMITENT RECIDIVANT

Ann Neurol 2006; 59: 344-352

Actualment, IFNb és un dels tractaments d'elecció per a la EMRR. No obstant això, aquestes dades d'eficàcia sorgeixen d'assajos clínics amb una durada inferior a quatre anys en la majoria dels casos i, d'una altra manera, és difícil de saber si un individu amb EM respon a la teràpia i en quin grau. Una definició establerta per a la falta de la resposta a l'IFNb en RRMS no existeix. En absència d'un curació i amb diverses opcions terapèutiques, és prudent tenir una definició de resposta al més apropiada possible per decidir quan un tractament donat no produeix l'efecte desitjat. La progressió de la discapacitat i els brots són els dos fenòmens clínics bàsics en l'EM, i la resposta clínica a l'IFNb es basa en aquests dos aspectes. Així, l'objectiu del present estudi és avaluar la capacitat de definicions diferents del fracàs de tractament per definir la resposta al tractament amb IFNb en pacients amb RRMS i validar aquests criteris utilitzant la discapacitat d'aquests pacients a llarg termini. Des de 1995 s'han recollit de forma prospectiva les dades clíniques i demogràfics de tots els pacients tractats amb IFNb en la nostra unitat. Després de l'inici del tractament els pacients van ser explorats cada tres mesos per neuròlegs entrenats. L'estudi va ser aprovat pel ©omitè d'Ètica i tots els pacients van donar el seu consentiment informat per ser inclosos en l'estudi. Es van aplicar els criteris clínics de resposta al tractament disponibles en la literatura, basats en la presència de brots, l'augment de la discapacitat o ambdós, després de dos anys des de l'inici del tractament (taula 1).

Sis-cents seixanta pacients amb EM havien començat tractament amb IFNb en el nostre centre (518 EMRR i 142 pacients de EMSP) i 393 van ser seguits per a almenys dos anys. Els pacients van ser seguits una mitjana de 62,9 mesos (24 a 81 mesos). Dos-cents quaranta-dos pacients van ser seguits durant 4 o més anys i 110 pacients durant almenys 6 anys (cinc pacients van ser perduts en el període entre el segon i el quart any i tres durant el període entre el quart i el sisè any). Segons la definició de la resposta aplicada, la proporció de no-responedors era bastant diferent. La proporció de no-responedors va variar entre 10% i el 50% A més, les característiques clíniques dels pacients no-responedors eren diferents depenent del criteri de la resposta utilitzada. El nivell de la discapacitat amidat per EDSS a l'inici era més alt en els no-responedors comparat amb els responedors en totes les definicions utilitzades. Quan analitzem el nivell de la discapacitat només en pacients no-responedors després de dos anys, es va observar que els no-responedors segons les definicions basades en l'augment de la discapacitat (A, I, J) van presentar un EDSS apreciablement més alt que els pacients no- responedors segons definicions basades en taxes de brots. Després de sis anys de seguiment la mitjana de EDSS per a la definició A, basada en l'augment de la discapacitat, era 6,5. Per contra, les mitjanes de EDSS per a definicions basades en mesures de taxa de brots van ser apreciablement més baixes.

Les definicions que es van basar en la reducció en la taxa de brots (D, I, F) van mostrar una sensibilitat pobra. D'altra banda, els criteris basats en l'augment de la discapacitat (A, I, J) van mostrar una especificitat i el valor predictiu positiu alts. El criteri basat en l'augment de la incapacitat (A) i la seva combinació amb mesures de brots (I, J) van mostrar la millor certesa. No obstant això, aquests dos últims criteris van mostrar una sensibilitat molt baixa comparada amb el criteri A. Valorem

NEUROLOGIA CATALANA AL MÓN

el valor predictiu per als diferents criteris de la resposta entre el segon i el sisè any. L'anàlisi va revelar que els criteris basats en l'augment de la discapacitat (A, I, J) van tenir els millors valors per predir un empitjorament entre el segon i el sisè any.

El nostre estudi mostra que la proporció de pacients no-responedors varia apreciablement segons el criteri de la resposta utilitzada. A més, el comportament a llarg termini de pacients no-responedors és també diferent segons el criteri escollit. Quan nosaltres definim la resposta al tractament hem de tenir present que una definició molt rigorosa tindrà com a resultat una proporció gran de pacients que seran considerats no-responedors, mentre que, escollint una definició molt conservadora, el resultat serà la troballa d'una proporció petita de pacients no-responedors. En aquest estudi, les proporcions de pacients no-responedors varien entre el 7% i el 49% segons la definició utilitzada. Aquestes dades concorden amb el descrit en la literatura, on les proporcions observades fluctuen de 13 a 50%. Però la pregunta clau és la validesa clínica d'aquestes definicions resposta en el seguiment a llarg termini. Les definicions de la resposta basades en la reducció en el nombre de brots són menys sensibles per destriar a aquests pacients amb una discapacitat més alta després de diversos anys de seguiment. Així, encara que els brots puguin ser un índex de l'activitat de la malaltia poden no ser útils per amidar la resposta a la teràpia. No obstant això, els criteris basats en l'augment de la discapacitat van mostrar una gran sensibilitat i especificitat per predir la discapacitat a llarg termini.

Les raons per a una pobra resposta a l'IFNb són poc clares, però podrien reflectir l'heterogeneïtat de l'EM. Brots i progressió són els dos fenòmens clínics bàsics de l'EM. Els brots són considerats l'expressió clínica de la inflamació en el sistema nerviós central, mentre que la progressió es considera el reflex de la desmielinització, la pèrdua d'axonal i gliosi. En alguns pacients, hi ha, probablement, un predomini de degeneració axonal i desmielinització amb un augment progressiu de la discapacitat independentment de la presència de brots. Aquest grup de pacients de no-responedores podria ser detectat si observem un augment confirmat de la incapacitat durant els primers 24 mesos de la teràpia. La capacitat per identificar responedors i no-responedors a l'IFNb facilitarien molt les decisions terapèutiques. La confirmació primerenca de l'augment de la incapacitat podria ser un marcador clínic de la falta de resposta al'IFNb en pacients d'EMRR. La utilitat del present treball radica precisament a donar una visió àmplia i global de les diferents mesures clíniques utilitzades en la valoració de la resposta als tractaments convencionals. No hi ha dubte que, depenent de l'objectiu que perseguim, ens interessarà un tipus o altre de resposta. En aquest treball s'exposen les diferents característiques d'aquestes. No obstant això, es demostra que aquelles definicions que preveuen l'increment de discapacitat primerenc,són les que millor ens identifiquessin als pacients amb un pitjor pronòstic evolutiu.

DEFINICIONS DE NO RESPOSTA	
A	Increment d'almenys un pas en el EDSS confirmat als 6 mesos
B	Presència d'almenys un brot
C	Presència de dos o més brots
D	Disminució de la taxa de brots no inferior al 30% comparat amb els dos anys previs
E	Disminució de la taxa de brots no inferior al 50% comparat amb els dos anys previs
F	No disminució en la taxa de brots comparada amb els 2 anys previs
G	Definició A o B
H	Definició A o E
I	Definició A i B
J	Definició A i E

Taula 1

SEMIOLOGIA

EL REFLEX CUTANI PLANTAR. EL SIGNE DE BABINSKI

Dr. Josep Lluís Martí i Vilalta
Dr. Joan Martí i Fàbregas
Unitat de Malalties Vasculars Cerebrals
Servei de Neurologia
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona

1. INTRODUCCIÓ. EL REFLEX
2. REFLEX CUTANI PLANTAR
3. SIGNE DE BABINSKI
4. EXPLORACIÓ
5. SIGNIFICAT

1. INTRODUCCIÓ. EL REFLEX

De tots els aspectes de la semiologia neurològica, un dels més importants es l'anàlisi dels reflexos. L'activitat reflexa és un mecanisme fonamental del sistema nerviós. La paraula reflex deriva del llatí reflectere i significa tornar, retrocedir; és la resposta motora que apareix com a conseqüència d'un estímul. Descriu el fet que succeeix quan un objecte que s'aproxima, causa una reacció o reflex en el sistema nerviós.
L'activitat reflexa, involuntària i estereotipada, consisteix en l'aparició d'una resposta en forma de contracció muscular, com a conseqüència d'un estímul sensitiu.

2. REFLEX CUTANI PLANTAR

Un dels reflexos de més interès en neurologia és el reflex cutani plantar.
El neuròleg berlinès Remak va descriure l'any 1893 la resposta extensora del reflex cutani plantar en un pacient que patia una mielitis transversa. Ho va descriure amb aquestes paraules: "Fregant la meitat distal de la planta del peu, en el primer metatarsià, es pot evocar regularment el reflex de l'extensor llarg del dit gros". Havia descrit per primer cop el reflex cutani plantar.(4)
El reflex cutani plantar consisteix en l'estimulació de la vora externa de la planta del peu, que produeix com a resposta la flexió plantar del primer dit del peu en els adults sans.
Però, com ha succeït tants cops en medicina, la descripció d'un fet no té transcendència; el que realment és important és el seu significat clínic. Això és el que va fer Babinski (1857-1932), assenyalant que la flexió dorsal del dit gros del peu estimulat indicava una alteració de la via piramidal.

3. SIGNE DE BABINSKI

"He observat en casos d'hemiplegia o monoplegia crural, deguda a afectació orgànica del sistema nerviós central, una alteració del reflex cutani plantar en el costat paralitzat; l'excitació o punxada de la planta del peu dóna lloc a una extensió dels dits del peu sobre els metatars". Amb aquestes paraules, Babinski descriu per primer cop (1896) el significat del reflex que anomena fenomen dels dits.(1)
Dos anys més tard amplia la descripció inicial, assenyalant que el fenomen dels dits, amb la resposta extensora, afecta en particular el primer dit, i que els últims dits es flexionen; que aquesta resposta extensora no es produeix mai en situacions normals; que en examinar el reflex és important que la musculatura de la cama estigui relaxada, i la cama lleugerament flexionada sobre la cuixa. Inclou una casuística de pacients, indicant algunes de les malalties en què es produeix la resposta extensora. Indica com a fet fonamental que la resposta extensora del reflex tradueix una alteració en el funcionament del sistema piramidal, sense que indiqui la gravetat d'afectació, l'extensió de la lesió ni la durada. En aquest mateix treball indica que aquest reflex pot mostrar una resposta extensora quan la musculatura dels flexors dels dits està totalment atrofiada, i per tant no pot realitzar-se l'extensió.
Finalment assenyala que la resposta extensora dels dits és un fet normal en el nadó, ja que el sistema piramidal encara no està desenvolupat.(2)

Aquesta és una de les més importants contribucions, o la major, a la semiologia clínica neurològica. Per això la resposta extensora del reflex cutani plantar s'anomena signe de Babinski.
El signe de Babinski és, per tant, l'aparició d'una flexió dorsal, erròniament anomenada extensió, del dit gros del peu, com a resposta reflexa a l'estimulació de la planta del peu en la seva vora externa.

4. EXPLORACIÓ

El pacient ha d'estar relaxat, idealment en posició supina, podent veure l'explorador tota l'extremitat inferior.
Lloc
El reflex cutani plantar ha d'explorar-se estimulant la planta del peu des de el taló cap als dits, electivament en la seva vora lateral o externa; en pacients amb una sensibilitat exagerada dels peus, pot explorar-se, no a la planta, sinó a la mateixa vora externa del peu.
El neuròleg ha d'habituar-se a explorar els reflexos en un lloc i forma determinada, i aquest és el millor lloc, per la qual ©osa no entrarem en succedanis, o topografies diferents d'exploració.
Estímul
L'estímul realitzat ha de ser nociceptiu i, per tant, molest. Això sí, cal advertir al pacient del que li anem a fer, i mai fer-ho per sorpresa.
Valoració
Per a la valoració de la resposta veritable en flexió dorsal, i per tant clarament patològica, cal tenir en compte els següents fets:

SEMIOLOGIA

EL REFLEX CUTANI PLANTAR. EL SIGNE DE BABINSKI

El moviment cap a dalt del dit gros es produeix per una contracció del múscul extensor llarg del dit gros. La contracció d'aquest múscul apareix simultàniament amb l'activitat reflexa en flexió plantar dels músculs dels altres dits. La resposta es reprodueix en successives i immediates exploracions.(5)

5. SIGNIFICAT

Durant els primers mesos de la vida, el nadó i lactant presenta espontàniament o després d'una estimulació de la planta del peu, una flexió dorsal del dit gros del peu. Aquesta resposta, que no és un signe de Babinski, està traduint un defecte en la funció del sistema piramidal, que no està lesionat, però sí deficientment mielinitzat.

L'impuls nerviós originat per l'estimulació dels receptors sensitius a la planta del peu genera potencials d'acció aferent, conduïts per fibres gens o poc mielinitzades, de conducció lenta o mitja (C i delta), a les arrels posteriors de la medul·la espinal, establint finalment sinapsis amb les motoneurones localitzades a la part dorsolateral de la banya anterior medul·lar dels segments L5 i S1. Aquestes motoneurones fan sinapsis amb les neurones internuncials del nucli intermediari de la medul·la espinal dels segments L5 i S1, on finalitza la via piramidal.

Per tant, és la disfunció o alteració de les fibres del feix piramidal que finalitzen prop de les motoneurones espinals que controlen els músculs del peu i dels dits, el determinant del signe de Babinski.(4)
La presència del signe de Babinski és l'evidència més ferma de lesió de la via piramidal, en qualsevol punt del seu trajecte. Es produeix per l'alliberament del control supraespinal de les neurones de la medul·la espinal que controlen el múscul extensor llarg del dit gros del peu.
No pot oblidar-se que el signe de Babinski, sent un signe molt important, no és el que ho és més. La història clínica i la resta de dades de l'examen són en conjunt molt més importants que el reflex cutani plantar.

Referències

1. Babinski J. Sur le réflexe cutané plantaire dans certaines affections organiques du système nerveux central. Comptes rendues de la Societé de Biologie. 1896: 207-208
2. Babinski J. Du phénomène des orteils et de sa valeur semiologique. La Semaine Mèdicale 1898; 18: 321-322
3. Barraquer L. El signo de Babinski. En: R. Wartenberg. Los reflejos musculares profundos. Barcelona. José Janés. 1952
4. Lance JW. The Babinski sign. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2002; 73: 360-362
5. Van Gijn. The Babinski sign. A centenary. Utrecht. Universiteit Utrecht. 1996

FIGURA 1. Maniobra d'evocació del reflex cutani plantar feta per les mans del mateix Babinski.

FIGURA 2. Joseph François Félix Babinski (1852-1932)

L'ESPAI DELS PACIENTS

ALDEC ASSOCIACIÓ DE LLUITA CONTRA LA DISTONIA A CATALUNYA

L'Associació de Lluita contra la Distonia a Catalunya (ALDEC) és una entitat sense ànim de lucre, fundada l'any 1999 per malalts de distonia, familiars i amics, amb el propòsit d'ajudar les persones afectades per aquesta malaltia i els seus familiars. Per aquest motiu l'ALDEC ha portat a terme, durant tots aquests anys, d'una banda, una tasca d'acolliment, informació i atenció (psicològica, social, jurídica...) als malalts, i d'altra banda, un treball de divulgació de la malaltia (mitjançant conferències, taules rodones, intervencions en els mitjans de comunicació...), dirigit a la societat en general i als professionals de l'àmbit sanitari en particular. Aquesta activitat l'ALDEC ha pogut realitzar-la gràcies a l'ajuda inestimable de neuròlegs i altres professionals.

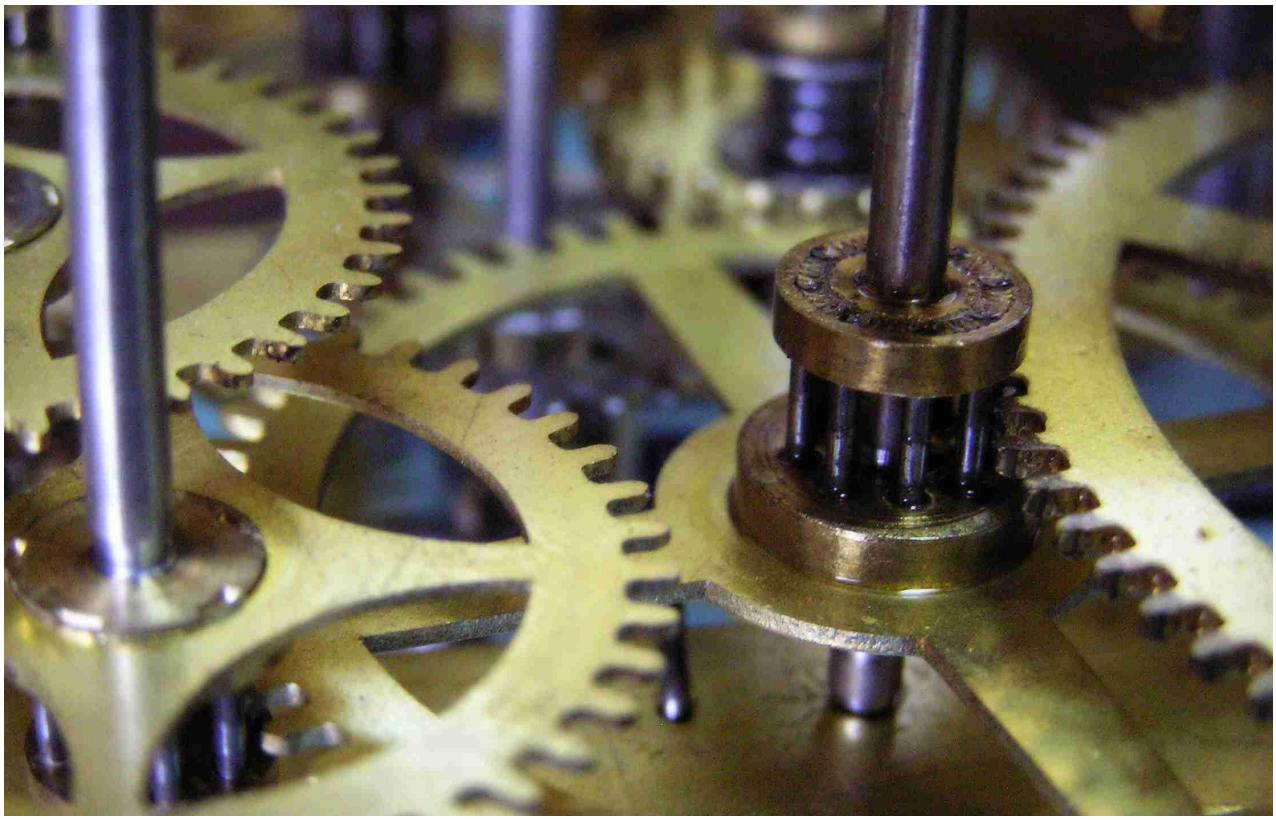
Com a associació, aprofitant aquest espai que tan amablement ens ha ofert la Societat Catalana de Neurologia, volem fer una breu exposició d'aquells aspectes de l'aproximació al malalt amb distonia que ens semblen susceptibles de millora.

En primer lloc, pensem que el temps transcorregut des de l'aparició de la malaltia fins que el malalt rep el diagnòstic ha de ser el més breu possible. Tot i que en els darrers anys aquest aspecte ha millorat molt, la distonia segueix sent una malaltia de difícil diagnòstic pels metges no especialistes. Entenem que la solució a aquest problema passa per facilitar una major informació sobre la malaltia a aquells professionals a qui el pacient es dirigeix en primer lloc.

Un cop fet el diagnòstic creiem que cal un abordatge individualitzat i integral del malalt, que prevegi, segons cada cas, la fisioteràpia, la logopèdia, l'atenció psicològica, la teràpia ocupacional o l'assistència social. En tercer lloc, volem reivindicar a les institucions corresponents el temps suficient perquè en la visita al neuròleg es pugui establir una adequada relació metge-malalt que permeti el diàleg.

Per últim, creiem que és molt necessari fer un esforç pedagògic per sensibilitzar els professionals, especialment aquells que fan les valoracions de discapacitats i els que formen part dels tribunals mèdics, a fi que puguin comprendre el grau de dificultat física per realitzar treballs, que presenten els malats afectats de les distonies.

ALDEC (Associació de Lluita Contra la Distonia a Catalunya)
Providència, 42
08024 - Barcelona
Telèfon i Fax: 93 210 25 12
www.infodoctor.org/aldec
alde.c@terra.es



EL RACÓ DELS RESIDENTS

CAS CLÍNIC

PACIENT AMB OLIGOARTRITIS, POLINEUROPATIA I CLÍNICA ABDOMINAL

PRESENTA: Servei de Neurologia. Hospital Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)

Home de 58 anys, amb antecedent d'oligoartritis crònica seronegativa de més de 6 anys d'evolució, en tractament amb AINE i corticoides, i en seguiment per Reumatologia, que consulta a Neurologia per disestèsies en ambdós peus, de predomini plantar i distal, més marcades en repòs d'aproximadament un any d'evolució, de curs progressiu, sense detectar pèrdua de força associada. No presenta cap clínica en extremitats superiors. A l'exploració, el balanç muscular segmentari és normal, tant a les extremitats superiors com a inferiors i els reflexes osteotendinosos es troben dins de la normalitat (a extremitats superiors 2/5, rotulars 2/5 i aquilis 2/5). Quant a la sensibilitat, es detecta una hipoalgèsia en mitjons junt amb una palestèsica disminuïda distalment.

En base a l'orientació diagnòstica, es procedeix a sol·licitar les exploracions complementàries. Es realitza electromiograma amb els següents resultats:

ENG sensitiva:

Nervi sural esquerre: latència de 2.8 ms, amplitud de 10.73 uV, velocitat de 50 m/s
Nervi sural dret: latència de 2.8 ms, amplitud de 8.69 uV, velocitat de 50 m/s
Nervi medià mà dreta: latència de 2.0 ms, amplitud de 50.94 uV
Nervi cubital mà dreta: latència de 1.9ms, amplitud de 31.93 uV

ENG motora:

Nervi tibial esquerre:
Turmell: latència de 4.1 ms, amplitud de 12.93 mV.
Fossa poplítia: latència de 12.2 ms, amplitud 10.85 mV. Velocitat de conducció: velocitat 48m/s.
Nervi tibial dret:
Turmell: katència de 4.6 ms, amplitud de 9.79 mV. Fossa poplítia: latència de 12.3 ms, amplitud de 7.11 mV. Velocitat de conducció: 53m/s.
Nervi peroneal dret:
Turmell: latència 4.0 ms, amplitud 5.06 mV. Cap fibular: latència 10.1 ms, amplitud 4.16 mV. Velocitat de conducció turmell- cap fibular de 49 m/s. Genoll : latència 11.9 ms, amplitud 4.96 mV. Velocitat de conducció de cap fibular-genoll: 56 m/s.

EMG

Tibial anterior dret: sense evidència d'activitat espontània, amb potencials d'unitat motora normals i patró de reclutament interferencial.

Es sol·licita anàlisi on els autoanticossos (ANAs, ENAs, ANCAs, anti-múscul llis, anti-Ro, anti-La), els marcadors tumorals, les crioglobulines, el complement, el proteinograma, la funció tiroïdal, la vitamina B12 i l'àcid fòlic estan entre els límits de la normalitat. Únicament destaca una VSG elevada (70 mm1ª hora), que es manté en nivells similars en següents controls analítics.

Com a tractament simptomàtic s'inicia clonazepam amb escassa milloria clínica, persistint intenses disestèsies que li limiten el descans nocturn de forma important, i que condiciona que s'afegeixi carbamazepina.

Atès que el pacient també explica certa clínica de xeroftalmia, tot i que sense xerostomia, es decideix realitzar test de Shirmer que no és significatiu i gammagrafia de les glàndules salivars, no trobant alteracions d'interès. També es realitza biòpsia de greix subcutani, on no es detecten dipòsits d'amiloide.

La clínica del pacient segueix un curs tòrpid, amb augment de les disestèsies difícils de controlar malgrat anar augmentant de forma progressiva la dosi de clonazepam i carbamazepina, i introduir crema de capsaïcina i antidepressius ISRS.

Als 2 anys d'haver iniciat la clínica neurològica, comença amb dolor abdominal difús continu, sense relació clara amb la ingesta, afegint-se vòmits alimentaris i diarrees sense productes patològics. Als 6 mesos d'haver iniciat aquesta nova clínica, la pèrdua de pes quantificada és de 10 kg, i es decideix ingrés per a estudi.

Durant aquest ingrés es realitza la prova que resulta diagnòstica.

EL MIRADOR

New Hampshire (EUA)

Foto: Jordi Gascón.
Hospital Universitari de Bellvitge,
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

NOTÍCIES DE LA SOCIETAT

NOTÍCIES DE LA SCN

Us informem que ja tenim lloc i data per a la celebració de la propera reunió anual de la SCN. La XI reunió tindrà lloc a la Universitat de Lleida, del 15 al 17 de març de 2007.

El programa ja està força perfilat, i comptarà amb les següents sessions:

- **Tallers:** EEG, Doppler
- **Cursos d'actualització en neurologia:** Parkinson, Epilèpsia, Malaltia Vascular Cerebral i Cefalees
- **Taules rodones:** Síndrome de les cames inquietes, Neurologia i trànsit i La formació de l'especialista en neurologia
- **Conferències:** Malalties vasculars cerebrals, Tota una vida dedicada al Parkinson

Esperem comptar amb el suport del màxim nombre possible de socis, i us animem perquè vingueu a compartir aquestes jornades de ciència amb els vostres companys de professió.

Universitat de Lleida

L'AGENDA

LVIII Reunió Anual de la Sociedad Española de Neurología
Barcelona, 21-25 de novembre de 2006

Sociedad Española de Neurología
Via Laietana, nº 57, ppal. 2
08003 – Barcelona
T93 342 62 33 F93 412 56 54
info@sen.es

Taller d'lectroencefalografia (EEG) i vídeo-EEG
26 de Noviembre de 2006. Barcelona

Sociedad Española de Neurología
Via Laietana, nº 57, ppal. 2
08003 – Barcelona
T93 342 62 33 F93 412 56 54
info@sen.es

5th International Congress on the Improvement of the Quality of Life on Dementia, Parkinson's disease, Epilepsy, MS and Muscular Disorders
Catania (Itàlia), 25-30 de gener de 2007

Forum International Congress Organizers
24 Mitropoleos str., GR-54624 Thessaloniki, Greece
T +30 2310257128 F +30 2310231849
info@forumcongress.com

XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Neurologia
XXI Curs d'Actualització en Neurologia
Lleida, 15 -17 de març de 2007

Suport Serveis
Calvet 30, 08021 Barcelona
T932017571 F932019789
scn@suportserveis.com
www.suportserveis.cat

International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders
Istanbul, 3-7 de juny de 2007

555 East Wells Street, Suite 1100
Milwaukee, WI 53202-3823 USA
T +1 414-276-2145 F +1 414-276-3349
info@movementdisorders.org

Seventeenth Meeting of the European Neurological Society
Rodes (Grècia), 16-20 de juny de 2007

AKM AG
Clarastrasse 57
Postfach
CH-4005 Basel
T+41-61-686 77 77 F+41-61-686 77 88
info@akm.ch