

EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA NEURAL EN EL CONTROL DEL DOLOR EN MUJERES CON GONARTROSIS

***Autores:** Grupo de terapias complementarias

Correspondencia: olga.loriz@gmail.com

Revisores: Jaume Claramunt y Mènciac Benítez

Ayuda financiera: Este trabajo ha sido becado por los I Ajuts a la Recerca en Artrosi CAMFiC i Bioibérica 2012

Publicado: Septiembre 2015

Olga Lóriz Peralta, Sandra Sabanich Flores, Cristina Oriol Zerbe, Maria Palacios Cuesta, Lucio Pinto Pena, Maria Diez-Caballero Murua, Vivian Grahit Vidosa, Antonio Nieto Maclino (2015)

Efectividad de la terapia neural en el control del dolor en mujeres con gonartrosis

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss2/3>

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar la mejora del dolor por gonartrosis en mujeres en las que se realizó terapia neural respecto las que no.

Diseño: Ensayo Clínico controlado no aleatorizado.

Emplazamiento: 6 Centros de Atención Primaria (provincia de Barcelona).

Participantes: 58 pacientes mujeres entre 65-85 años, con gonartrosis dolorosa sin remisión tras al menos tres meses de tratamiento.

Intervenciones: tratamiento convencional versus tratamiento convencional y terapia neural.

Resultados: inicialmente no hallamos diferencias estadísticamente significativas ni en edad media: casos : 71,0 años (DS: 10,5) y controles: 75,2 años, (DS: 7,8): $P=0,14$, ni en media de severidad de gonartrosis: casos: 2,04, (DS: 0,62), controles: 2,14, (DS: 0,57), $P=0,56$, ni EVA media inicial, casos: 7,67, (DS: 1,79), controles: 6,90 (DS: 1,87), $p=0,17$, ni gasto medio farmacológico diario casos: 0,53 € (DS: 0,36) controles: 0,46 €, (DS: 0,41), $p=0,67$. La media de meses de evolución, casos: 25,58, (DS: 20,46), controles: 55,95 (DS: 40,41), sí hubo diferencias significativas: $P=0,02$.

En la evolución de la EVA descendió, más en casos que en controles, diferencia mantenida hasta los 180 días ($p=,00004$). EVA inicial media de 7,66 y 6,9 en casos y controles respectivamente, descendió a 2,29 y 4,35 en última visita.

El gasto farmacéutico inicial diario en casos: media (0,42 €) (ES: 0,08) y en visita

180 días (0,196) (ES: 0,09), $p=0,026$. En controles la media inicial (0,464€), (ES: 0,087) y a los 180 días (0,559 €) (ES: 0,095). Conclusiones: La terapia neural podría ser una buena terapia para mejorar el dolor de los pacientes con gonartrosis, minimizando gasto farmacéutico y efectos secundarios.

Palabras clave: terapia neural, artrosis de rodilla, dolor, atención primaria, costes sanitarios.

ABSTRACT

Quantify the improvement of pain in women patients with knee arthrosis, between, who received neural therapy and patients who not received. Design: Controlled Clinical Trial nonrandomized.

Location: six primary care centers (Barcelona).

Participants: 58 female patients between 65-85 years, with painful knee arthrosis without remission after at least three months of treatment.

Interventions: conventional treatment versus conventional and neural therapy treatment.

Results: Initially we found no statistically significant differences in either mean age: cases: 70.96 years (SD 10.53) and controls: 75.2 years (SD: 7.85): $P = 0.14$, or average severity of knee arthrosis: cases: 2.04 (SD: 0.62), controls: 2.14 (SD 0.57), $P = 0.56$ or EVA middle initial, cases: 7.67, (SD: 1.79), controls: 6.90 (SD 1.87), $p = 0.17$, average daily drug cases or expense: 0.53 € (DS: 0.36) controls: 0.46 €, (SD 0.41), $p = 0.67$. The average month progression cases: 25.58 (SD: 20.46), controls: 55.95 (SD:

40.41), there were significant differences: $P = 0.02$.

The evolution of the EVA descended was more in cases than controls, this difference is maintained until 180 day ($p=000004$). The EVA mean initial was, 7.66 and 6.9 in cases and controls, respectively, decreased to 2.29 and 4.35 at last check.

The initial pharmaceutical expenditure cases daily average was 0.42 € (ES: 0.08) and visit (180 days) was 0.196 (ES: 0.09), $p = 0.026$. In controls we assume an average of 0.464, (ES: 0.087) and a visit to the 180 days of € 0.559 (ES: 0.095). Conclusions: Neural therapy might be a good therapy to improve pain in patients with Knee Arthrosis, minimizing pharmaceutical expenditure and side effects.

Key words: Neural therapy, knee arthrosis., pain, primary care, sanitary cost.

INTRODUCCIÓN

La artrosis es la causa más importante de discapacidad entre los ancianos del mundo occidental. Según el estudio EPISER¹ su prevalencia en España en los mayores de 20 años es de un 10,2% para artrosis de rodilla, y en los mayores de 60 años, la prevalencia de artrosis sintomática de rodilla asciende al 30%. Los tratamientos realizados habitualmente son diversos y complejos², y suelen conllevar grandes esfuerzos en recursos humanos y económicos, tales como consumo de fármacos, medidas de higiene postural, dietéticas, rehabilitación, recomendaciones de ejercicio físico moderado, derivaciones a otros niveles asistenciales. Además, pese a los esfuerzos realizados, a menudo persisten los síntomas de la enfermedad,

con el consecuente impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Teniendo en cuenta la tendencia a la cronificación de la patología, así como los efectos adversos de los fármacos que se recetan en Atención Primaria, podría ser útil determinar la eficacia de tratamientos alternativos que puedan desarrollar los profesionales de atención primaria. Una de estos tratamientos podría ser la terapia neural (TN), técnica utilizada en otros países como Alemania, Austria o Suiza donde se han realizado estudios que muestran la eficacia de la terapia neural en pacientes con dolor crónico^{3,4}. La TN es una sencilla técnica dentro de las terapias complementarias; y aunque desde hace 10 años se realiza un Curso de Introducción a la TN en el *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* y un Máster en Terapia Neural en el *Campus Sant Joan de Déu de Barcelona* (actualmente con título de la *Universitat de Barcelona* y con créditos europeos), todavía no es muy conocida en nuestro ámbito asistencial. Es más utilizada en países como Alemania, Austria o Suiza.

La irritación asociada los procesos de dolor crónico de las articulaciones con artrosis puede interferir en la función reguladora del sistema nervioso y la TN pretende, precisamente, reestablecer esta función reguladora. En síntesis, la TN consiste en aplicar inyecciones de un anestésico local (AL), generalmente procaína al 0,5 o 1%, en los puntos del sistema nervioso donde se considera que puede haber una irritación del mismo. El AL en bajas concentraciones y pequeñas dosis neutraliza la irritación neural, teniendo un efecto que mucho más duradero que su efecto farmacológico. Es importante resaltar que esta técnica no tiene ninguna intención anestésica sino reguladora de las funciones neurales sobre los tejidos. La piel es un órgano ricamente

inervado, especialmente de fibras vegetativas, y un elemento importante de los arcos reflejos que engloban las estructuras musculo-esqueléticas y espinales. En la mayoría de ocasiones, las inyecciones neuralterapéuticas se realizan en zonas de la piel donde el paciente refiere el dolor y sus irradiaciones. Con frecuencia esto se produce en cicatrices que pueden estar alterando las funciones de las fibras nerviosas que contienen, en zonas hipersensibles que reflejan una irritación o inflamación de otro elemento del mismo arco reflejo (músculo, tendón, fascia, hueso, etc.) o cerca de ganglios del sistema nervioso vegetativo (SNV)⁵.

Es frecuente la disociación clínico/radiología en artrosis, como el hecho de que con la edad avanza más en unas personas que otras. Ello podría ser al menos en parte explicado por las teorías que justifican el funcionamiento de la TN. Así por ejemplo la teoría de la compuerta de Melzack y Wall^{6,7} explica la modulación de la percepción del dolor. Según este modelo, las fibras nerviosas somáticas (gruesas) y las vegetativas (delgadas) tienen una comunicación con las células de la sustancia gelatinosa, en el asta posterior de la médula espinal, responsable de la amplificación (fibras delgadas) y la disminución (fibras gruesas) de las señales de dolor. Con la TN la aguja estimula las fibras gruesas y el AL desactiva las fibras delgadas. Ambas cierran la puerta; rompen el círculo vicioso. Otra hipótesis sería que con la TN tratamos de restaurar los potenciales eléctricos en la membrana celular de los nociceptores que tras ser excesivamente estimulados se altera su potencial de reposo de la membrana celular siendo más susceptible a percibir el dolor. Además la TN trata de restablecer el SNV quien a su vez, regula el sistema

circulatorio: de esta manera las células se mantienen sanas gracias a recibir nutrientes, oxígeno, agua y se elimine correctamente productos de deshecho. Con esta terapia se pretende tratar sobre factores causantes de la artrosis y no sólo la consecuencia, como hacen los analgésicos. La artrosis nos plantea retos en tratar de disminuir sus consecuencias negativas en la población como son la cronicidad, el dolor y la impotencia funcional.

Con este trabajo tratamos de valorar la eficacia de la TN en relación a esta patología. Concretamente, este estudio tiene como objetivo principal determinar si disminuye el dolor en los pacientes en los que realizamos TN de forma significativamente mayor que en los tratados con terapia convencional y como objetivos secundarios evaluar si el gasto farmacéutico estimado en términos monetarios, es mayor o menor en unos u otros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Ensayo Clínico controlado no aleatorizado. Estudio comparativo y multicéntrico.

Muestra:

Obtenida de 7 diferentes CAP de la provincia de Barcelona de enero a diciembre de 2013 de por muestreo consecutivo.

Sujetos de estudio

Criterios de inclusión:

La población diana del estudio son todas aquellas pacientes de sexo femenino

diagnosticadas de artrosis con dolor crónico (al menos 3 meses de evolución) y con 65-85 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes diagnosticadas con cualquier otra patología asociada a la zona afecta de artrosis que estudiamos.
- Pacientes con enfermedades reumáticas.
- Pacientes con deterioro cognitivo que no sean capaces de seguir el tratamiento.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Pacientes que presenten a lo largo del estudio acontecimientos que puedan interferir en la evolución del dolor, p. ejemplo: accidentes que impliquen lesiones sobreañadidas a la patología que estamos estudiando.
- Pacientes con patología psiquiátrica grave y presenten con brotes agudos, así como brotes de M reumáticas (sistémicas).
- Pacientes con fibromialgia o miastenia gravis.
- Pacientes alérgicos a los anestésicos locales.
- Pacientes con problemas de metabolización de los fármacos como insuficiencias renales avanzadas (FG <30).
- Pacientes con cardiopatías severas o hipertensiones resistentes.
- Pacientes que siguen tratamiento en la clínica del dolor.

Tamaño de la muestra

Utilizando la fórmula para la comparación de medias entre dos grupos y contando con una potencia del 99% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis, mediante una Prueba T-student unilateral para dos muestras independientes, con un nivel de confianza del 95%, asumiendo que la media de la diferencia en la EVA del grupo de referencia respecto a la diferencia media del grupo experimental

podría ser clínicamente relevante de 2 unidades y la desviación estándar de la variable de referencia de ambos grupos es de 1,68 (según bibliografía⁸) será necesario incluir 26 pacientes en el grupo de referencia y 26 pacientes en el grupo donde se realizara tratamiento convencional; total 52. Teniendo en cuenta, que el 20% de la muestra podría no ser válida (*missing*, falta de seguimiento) concluimos que la muestra sería de 31 pacientes por grupo: 62 pacientes en total. Técnica de muestreo: Se realizó un muestreo consecutivo para reclutar a las pacientes necesarias hasta alcanzar el total de muestra a través de los centros de Atención Primaria donde se diagnostique gonartrosis que provoca dolor crónico y que cumplan los criterios de inclusión y no de exclusión, definimos la primer paciente que detectamos el primer lunes de cada mes, y en caso de que en un lunes no la encontráramos seguiríamos buscando el día siguiente de consulta hasta que la encontramos. Habían investigadores que realizaron terapia convencional únicamente (4 profesionales) e investigadores que además de la terapia convencional realizaban también terapia neural (4 profesionales), así pues no hubo una asignación aleatoria a un grupo u otro (intervención o control), si no que dependía de si el investigador que detectaba, e incluía los pacientes realizaría una u otra posibilidad terapéutica. Durante el reclutamiento de los pacientes entregamos la hoja de consentimiento informado a las pacientes al iniciar el estudio. Previamente a iniciar el estudio los facultativos que participaran consensuaron la actitud terapéutica estandarizada a la que añadieron terapia neural según sean pacientes del grupo experimental o no.

Realizamos la siguiente actitud terapéutica por consenso entre el grupo de investigadores colaboradores:

1. Utilizamos la escala la Escala visual analógica (EVA) para decidir el tratamiento farmacológico según la escala del dolor de la OMS:

A) En pacientes con dolor hasta 3 de EVA (3 incluido) podemos recetar paracetamol (a dosis analgésicas 1 gr cada 8 h) o Aines.

B) Por EVA de más de 3 hasta el 7 (7 incluido), paracetamol o AINEs añadiendo tramadol o codeína.

C) Por EVA superiores a 7 se puede añadir al tratamiento anterior opioides mayores.

D) En caso de que el facultativo lo considerara oportuno podría realizar infiltraciones de corticoides y/ o anestésicos locales y/o factores de crecimiento o ácido hialurónico.

2. Además entregamos a todas las pacientes la hoja de información de la CAMFiC sobre gonartrosis que incluye ejercicios de rehabilitación e información sobre la gonartrosis.

3. En caso de obesidad dejamos a criterio del médico el hecho de realizar consejo y seguimiento de dietas de adelgazamiento.

4. También quedó a criterio del médico si realizar más o menos pruebas complementarias y obviamente las derivaciones a otros especialistas que crea oportunas.

5. Se debió solicitar Rx para clasificar grado de artrosis ya que se hizo por criterios clínico-radiológicos.

Descripción de las intervenciones

1. Grupo control: recibieron el tratamiento convencional en nuestras consultas de atención primaria previamente estandarizado por los médicos que participan en el estudio. Descrito en el anterior apartado.

2. Grupo intervención: el tratamiento convencional se le añadía terapia neural.

La terapia neural consiste en administrar inyecciones de un anestésico local en bajas concentraciones y pequeñas dosis en las zonas donde se considera que puede haber irritaciones en las fibras nerviosas después de realizar la historia de vida del paciente. Para simplificar el estudio, decidimos inyectar procaína 1% en los puntos en los que el paciente refiere dolor, especialmente a nivel subcutáneo, y a nivel más profundo en algunos casos que se consideró necesario, exceptuando los pacientes descoagulados en los que sólo se inyectó a nivel subcutáneo. En caso de mejora parcial se pudo realizar: dos, tres o hasta 4 tandas separadas cada una por al menos 2 semanas. Facultativos formados y con experiencia en la materia fueron los que implementaron la técnica y recogieron los datos en nuestra hoja de recogida de datos. Decidimos hacer terapia local, que sería inyectar el AL sólo en la zona donde expresa sintomatología, en nuestras pacientes, la/-s rodilla/-s. Pero si así lo considera el facultativo, también tratará de un modo segmental, inyectando en las cicatrices de la rodilla y sus alrededores. Y en el caso de que no mejoraran suficiente en las siguientes visitas, trataremos de buscar campo/-s interferente/-s a distancia. Campo interferente es el tejido crónicamente alterado que produce, por vía neural, afecciones y enfermedades a distancia⁹.

Variables

-Edad.

-Para el dolor: la Escala Visual Analógica previo a las intervenciones o la inclusión en el estudio y en las 2 semanas, 2 meses y los 6 meses.

-Número de articulaciones afectas (si la derecha, la izquierda o las dos y si tiene

más artrosis en otras localizaciones) y grado de afectación de estas por criterios clínico-radiológicos (no afectación=0, leve=1, moderada=2, o grave=3).

-Disminución de gasto farmacológico: por entrevista al paciente previo a las intervenciones o la inclusión en el estudio (en los controles) y en las 2 semanas, 2 meses y los 6 meses.

Todas las variables serán medidas gracias a la entrevista clínica y por historia clínica.

Análisis

Para valorar la comparabilidad de las dos muestras, en primer lugar se testó estadísticamente la significación de las diferencias de valores medios de edad, tiempo de evolución del dolor en la/s rodilla/s, severidad de la gonartrosis, EVA y gasto farmacológico en el momento inicial del tratamiento. Estos tests se realizaron mediante pruebas paramétricas no apareadas (F de Fisher) en aquellos casos en los que se validaron las asunciones de dichas pruebas; en el caso concreto del tiempo de evolución del dolor se tuvo que optar por el test no paramétrico U de Mann-Whitney.

La diferencia relativa en la evolución de los valores de EVA a lo largo del periodo de seguimiento se analizó mediante Modelos Lineales Generalizados (GLM) de medidas repetidas donde la lista de variables dependientes correspondió a las 4 medidas consecutivas de EVA (T0, T15, T60 y T180) y la variable predictora fue el tipo de tratamiento (Terapia neural o control). Para evaluar la significación estadística de la potencial diferencia entre la evolución

temporal de la medida de EVA de los pacientes según su tratamiento se analizó en concreto la interacción entre la variable tratamiento y la evolución temporal de los datos de EVA temporalmente apareados. El mismo procedimiento estadístico se utilizó para el análisis de los cambios temporales de gasto farmacológico a lo largo del periodo de seguimiento de los pacientes. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico Statistica 8.0.

RESULTADOS

Partimos de que fueron incluidos en la recogida de datos 58 pacientes del estudio: 28 fueron casos (se les realizó terapia convencional previamente estandarizada+ TN) y 30 fueron controles (sólo terapia convencional previamente estandarizada). De ellos 44 (20 controles y 24 casos) presentaron los datos completos en las 4 visitas de seguimiento realizadas y son en los que se han realizado los análisis.

Los datos descriptivos de esta muestra son: Tal y como se puede constatar en la [Tabla 1](#), las variables: edad media, severidad de la gonartrosis, EVA media inicial, y gasto farmacológico inicial fueron comparables para las dos muestras inicialmente. La variable: meses de evolución del dolor por gonartrosis fue superior con diferencias estadísticamente significativas para los controles.

Tabla 1. Comparación entre los casos y controles del estudio al inicio del estudio.

Variable	Media (D. E.) casos	Media (D.E.) controles	Estadístico	Probabilidad
Edad (años)	70,96 (10,53)	75,2 (7,85)	F (1,42)=2,21	P=0,144
Tiempo de evolución del dolor (meses)	25,58 (20,46)	55,95 (40,41)	U=143,00	P=0,022
Severidad de la gonartrosis	2,04 (moderada); (0,62)	2,14 (moderada), (0,57)	F(1,42)=0,347	P=0,560
EVA inicial	7,67 (1,79)	6,90 (1,87)	F(1,42)=1,985	p=0,166
Gasto farmacológico en euros diario inicial	0,532 (0,364)	0,464 (0,415)	F(1,42)=0,179	p=0,674

Se realizaron pruebas paramétricas no apareadas concretamente F de Fisher para testar la comparabilidad de todas variables. En la variable tiempo de evolución del dolor se tuvo que optar por el test no paramétrico U de Mann-Whitney.

Si analizamos la evolución de la variable principal del estudio y comparamos los dos grupos y observamos la figura 1 donde destacaríamos que en ambos grupos hay un descenso significativo en este indicador de la evolución del dolor, sobre todo en la primera visita de seguimiento a los 15 días, más marcado en el grupo de intervención que en los casos y esta diferencia se mantiene de forma estadísticamente significativa ($F(3, 126)=8,4909$, $p=0,00004$) en las siguientes visitas a los 60 y 180 días, ya que partiendo de EVA media de 7,66 y 6,9 en casos y controles respectivamente, en la visita inicial, va descendiendo hasta ser de 2,29 y 4,35 respectivamente en la última visita del estudio a los 180 días. La diferencia en números absolutos sería de 2,06. Dicho de otra forma: comporta un descenso del 70,1% en los casos del 36,9% en la visita a los 180 días respecto de la EVA inicial. Casi el doble en el grupo de intervención. Otra forma de expresar lo mismo sería: que la diferencia media en los

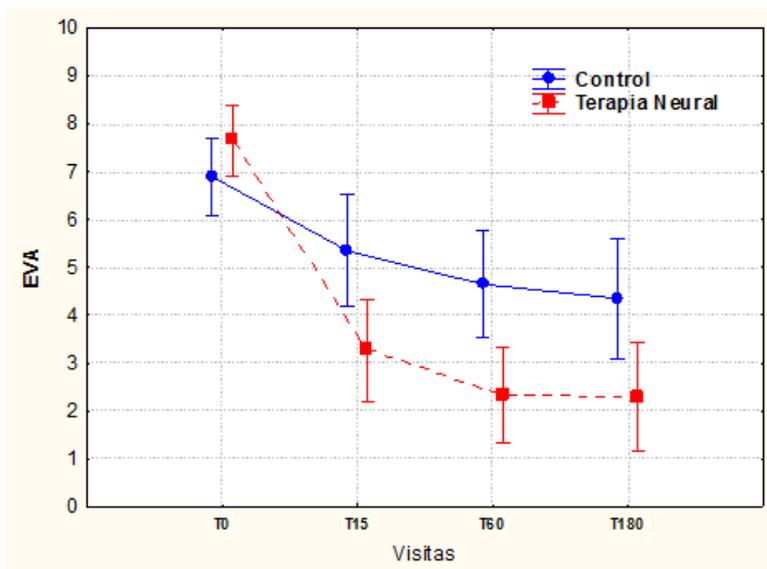
casos fue: $7,66-2,29 = 5,37$ y en los controles de $6,9-4,35=2,55$ lo que en números absolutos nos indica que $5,37-2,82=2,82$ de diferencia de la diferencia media después de iniciar el estudio. Si analizamos el gasto farmacéutico vemos en la figura 2 que partiendo de un gasto similar al inicio del estudio este gasto se mantiene a lo largo de las visitas en el grupo control mientras que desciende significativamente en el grupo de los casos. $F(3, 120)=3,2013$, $p=0,026$. En los casos en la visita inicial partimos de una media de gasto farmacéutico diario de 0,416 € (ES: 0,08) y en la visita a los 180 días fue de 0,196 (ES: 0,09), mientras que en los controles partimos de un gasto diario medio de 0,464, (ES: 0,087) y en la visita a los 180 días de 0,559 € (ES: 0,096). En realizar el cálculo la media del gasto diario a lo largo de los 180 días después de la visita de inclusión, para los casos la cifra es: 0,178 € y en los controles es: 0,544 €, la diferencia de estos dos valores fue: 0,366

€: este fue el ahorro por paciente y día. Si contamos 180 días sería un ahorro de 65,875 € en 6 meses por cada paciente, por cada 20 pacientes sería: 1317,51 €. Aunque como vemos en la gráfica da la impresión de que esa tendencia se mantiene en el tiempo.

Hemos de explicar que no hemos contabilizado en este gasto farmacéutico diario las infiltraciones, (por ser tratamiento no diario) que fueron realizadas en el grupo control cuando así lo creyó oportuno el médico/-a de familia o bien por el traumatólogo a quien se derivaron los pacientes por su médico de familia. Fueron un total de 6 infiltraciones intrarticulares. En concreto hubo 2 pacientes a los que se puso una sola infiltración y 2 pacientes en los que se puso dos infiltraciones. Estas infiltraciones fueron altamente caras ya que los facultativos que las realizaron decidieron

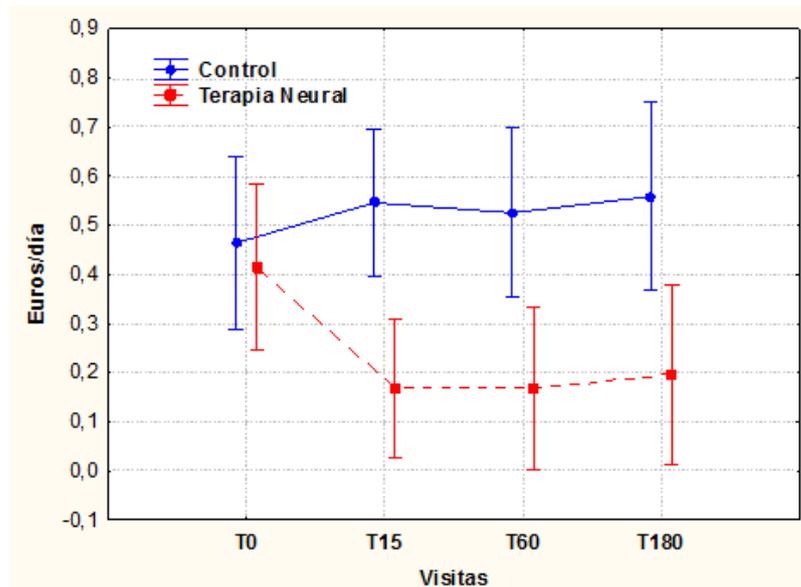
utilizar ácido hialurónico o factores de crecimiento. En 2 pacientes se añadió corticoides y en los otros casos no. Esto añadiría un coste adicional en los casos de $300 \times 6 = 1800$ €. Tampoco está contabilizado el gasto por la procaína utilizada en los casos. Teniendo en cuenta todas las tandas realizadas (una media de 2,79 de tandas por cada caso) serían un total de 67 tandas en las que se utilizó una ampolla de procaína al 1%: en estos casos el gasto farmacéutico a añadir a los controles fue de $67 \times 1,64 \text{ €} = 109,88 \text{ €}$. En ningún caso (de las pacientes en los que se realizó la intervención) se realizó ninguna infiltración con corticoides ni otros fármacos excepto la terapia neural en caso de que esta no funcionara tal y como sí se realizó en otro trabajo como presentamos en otro artículo de esta misma revista¹⁰.

Figura 1. Comparación de la EVA en las visitas sucesivas en casos y controles.



Cada punto representa el valor medio del EVA y el segmento vertical representa el intervalo de confianza del 95 %. $F(3,126) = 8,4909$. $P = 0,0004$.

Figura 2. Comparación del gasto farmacéutico en las visitas sucesivas en casos y controles. $F(3, 120)=3,2013, p=0,02583$



DISCUSIÓN

Existen algunas limitaciones en nuestro estudio ya que no se trata de un ensayo clínico: no hay ni aleatorización en la realización o no de la TN como tampoco no hay ciego en quien recogió ni analizó los datos. Además de tratarse de una muestra pequeña, y otra limitación fue que en los controles había un tiempo de evolución de la gonartrosis más largo. Teniendo en cuenta estas consideraciones sí podemos afirmar que fueron comparables en cuanto a edad de las pacientes, severidad de la artrosis, EVA inicial y gasto farmacéutico inicial. Y a la luz de nuestros resultados vemos cómo los pacientes en los que se utilizó la terapia neural presentan una evolución del dolor sustancialmente mejor que los controles tanto estadísticamente como clínicamente significativa. Ya que recordamos que habíamos definido en el diseño de nuestro estudio como clínicamente relevante encontrar una

mejora de un grupo respecto al otro de al menos 2 puntos en la EVA.

Además presentaron un notable ahorro en fármacos. Otro indicador de buena evolución, y además este beneficio creemos que no sólo es económico sino también serviría para minimizar efectos adversos que de los fármacos se derivan.

Últimamente estamos asistiendo a debates en los que se pone en duda la eficacia de las terapias complementarias¹¹. Con este estudio aun teniendo en cuenta las limitaciones ya enumeradas, creemos que aportamos unos resultados favorables a tener presente la terapia neural como una posibilidad terapéutica que suma esfuerzos en minimizar la sintomatología derivada de la artrosis, en nuestro caso de la gonartrosis, sin privar en ningún caso de las técnicas terapéuticas que podamos ofrecer a nuestros pacientes. Esa creemos que debería ser la perspectiva óptima del médico de atención primaria tan abierto y preparado para integrar conocimientos sobre múltiples disciplinas de las diferentes

especialidades médicas como a integrar también en su actitud terapéutica las denominadas terapias complementarias. Éstas nos pueden ayudar implementar estrategias para racionalizar el uso de los recursos mejorando equidad, eficacia y eficiencia en la atención primaria y sobre todo en el conjunto del sistema sanitario.

El desarrollo tecnológico creciente, la subespecialización y el hospitalcentrismo ha promovido que se haya alcanzado elevada sofisticación de la medicina pudiendo dar respuesta para realizar diagnósticos y tratamientos cada vez más complejos. Pero, esta medicina a menudo se aleja de las demandas de salud que realmente son más frecuentes. De ahí por ejemplo, que en una enfermedad tan frecuente como es la artrosis existe incluso términos médicos: la famosa y frecuente disociación clínico-radiológica. La radiografía u otras técnicas diagnósticas más caras y complejas nos dan algunos datos sobre una estructura de una determinada extremidad o articulación, que a menudo muestra esa “disociación” que tanto “descoloca” a pacientes y médicos, olvidando ambos que el dolor no se ve en la prueba complementaria sino en lo que manifiesta el paciente según múltiples variables, que están en ese organismo vivo que así se expresa. Además, existen evidencias de que el incremento en la complejidad y el coste de los sistemas sanitarios no se refleja en el grado de salud de la población atendida. Existe el sentimiento creciente de que cualquier prueba es mejor que la simple valoración médica, o de que la técnica última en aparecer es mejor que las ya existentes, y esto conlleva la pérdida de valores como la relación médico-paciente^{12,13}. Vivimos sumergidos en una economía de consumo ya que impera en nuestro mundo el capitalismo: cosa que

impone “una forma de vivir que parece haber ganado la partida”. La creencia de que invertir recursos cuantos más mejor y cuanto más caros será más eficaz, está en la perspectiva de nuestra sociedad y no escapan de ella ni pacientes, ni médicos, ni gestores de los servicios de salud¹⁴. Esto le asigna al paciente un lugar pasivo en el que parece que sólo puede aspirar a conseguir o no los más caros y “mejores” recursos, ya sea en métodos diagnósticos o terapéuticos. Aunque también últimamente estamos asistiendo a movimientos de índole civil, política y social que están relacionados con tratar de tener más consciencia de que los individuos no debemos ser pasivos en seguir en los engranajes de la sociedad de consumo sin más. Como dentro de nuestro ámbito la medicina de familia se está divulgando la denominada prevención cuaternaria, que sería deseable una asistencia sanitaria menos dañina¹⁵. Creemos que las terapias complementarias nos pueden ayudar a entender que el paciente no tiene ese lugar tan pasivo en los procesos terapéuticos, sino que debería saber que él es quien tiene el papel más importante en su curación y nosotros con técnicas sutiles le podemos ayudar a generar procesos que le permitan reencontrar el equilibrio que por diversos motivos perdió y expresó en forma en este caso de dolor y/o pérdida de la función. Con las terapias complementarias y en concreto con la TN nosotros sólo realizamos un pequeño estímulo, (y además de bajo coste), que ayude a desencadenar esas diferentes reacciones que los organismos vivos pueden realizar para reencontrar su equilibrio. Redescubrir este hecho puede hacer que los MF tengamos un papel decisivo en un cambio real de perspectiva del sistema sanitario. Pero este cambio se debería acompañar de cambios en la

conciencia no sólo en la consulta, también en el cada día de nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes en los que se utilizó la terapia neural presentan una evolución del dolor sustancialmente mejor que los controles tanto estadísticamente como clínicamente significativa. Además presentaron un notable ahorro en fármacos. Con la consiguiente minimización de los efectos adversos que pueden condicionar los fármacos.

Otros trabajos ya referenciados en otros apartados de este artículo (véase referencia 3, 4, 8 y 10) con diseños de trabajos prospectivos, ya nos indicaban que para el dolor crónico la terapia neural podría ser una opción terapéutica eficaz. En nuestro trabajo, a pesar de las limitaciones ya comentadas, nuestros resultados sugieren la constatación de la eficacia de esta técnica en el dolor crónico secundario a la gonartrosis. Serían necesarios más trabajos similares a este.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, et al. Grupo de Estudio EPISER. "Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española". Rev Esp Reumatol 2001; 28: 18-25.
2. González JR, Barutell C, Camba D, Contreras MC, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor

Agradecimientos:

Los autores quieren expresar su agradecimiento ante todo a los pacientes que participaron, también als "I Ajuts a la Recerca en Artrosi CAMFiC i Bioibèrica 2012" que financió la beca por depositar en nuestro grupo investigador su confianza. También a Sergi Herrando por su colaboración en el análisis de los datos, a Andrés Patiño por ayudar en la corrección de la traducción al inglés del abstract y a David Vinyes por acompañar, guiar y motivar para abrir caminos en tratar de mejorar la atención a los pacientes gracias a la terapia neural.

"No vayas detrás de mí, tal vez yo no sepa liderar. No vayas delante, tal vez yo no quiera seguirte. Ve a mi lado para poder caminar juntos."

Proverbio Ute

crónico no oncológico. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16:7-20.

3. Fisher L, Pfister M. Eficacia de la terapia neural en pacientes referidos con dolor crónico refractario a terapia convencional. Schweiz.Zeitscht. GanzeitsMedizin 2077; 19/1(30-35).

4. Mermod J, Fischer L, Staub L and Busato A. Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional

medicine. BMC Complement Altern Med. 2008; 8: 33.

5. Barop H. Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates, 1996.

6. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science. 1965; 150: 971-979.

7. Melzack R, Wall PD, Ty TC. Acute pain in the emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. Pain. 1982;14: 33-43.

8. Lóriz O, Raya A, Pérez D, et al. Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Aten Primaria. 2011; 43: 604-10.

9. P. Dosch: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, 14. Aufl., Karl F. Haug, Heidelberg 1995.

10. Lóriz O, Raya A, Marin JM, et al. Efectividad y complementariedad de las infiltraciones y la terapia neural segmental para el tratamiento del hombro doloroso. Butlletí camfic, Butlletí: Vol 31:Iss 1, Article 2 Available at:
<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss1/2>

11. Controversias sobre la regulación de los productos homeopáticos. Vicente Baos Vicente. FMC. 2014; 21:379-81.

12. Fernández de Sanmamed MJ, Marquet R, Reguant M, Zapater F, Grupo de Calidad de CAMFiC. ¿Enfermos de salud? Reflexiones acerca de las nuevas demandas y las respuestas del sistema sanitario. Barcelona 2005-2006 [consultado 19 Abr 2013].
<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/>

GrupsTrellall/Docs/qualitat/enfermos_salud_cast.pdf

13. Medicalización de la vida. «Etiquetas de enfermedad: todo un negocio.» María Jesús Cerecedo Pérez, Margarita Tovar Bobo y Aurora Rozadilla Arias. Aten Primaria. 2013;45(8):434---438.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.014>

14. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? M. Jesús Cerecedo Pérez, Margarita Tovar Bobo y Aurora Rozadilla Arias Aten Primaria. 2013; 45(10):536-540.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.008>

15. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Juan Gérvas Camacho, Enrique Gavilán Moral, Laura Jiménez de Gracia. AMF 2012;8(6):312-317.

***Autores:**

Olga Lóriz Peralta¹, Sandra Sabanich Flores²
, Cristina Oriol Zerbe³, Maria Palacios
Cuesta⁴, Lucio Pinto Pena⁵, Maria Diez-
Caballero Murua⁶, Vivian Grahit Vidoso⁷,
Antonio Nieto Maclino⁸

1. EAP Llefia a Badalona: (ABS Badalona-6)
2. EAP Terrassa Sud. 3. EAP Santa Coloma de Gramenet-1
4. EAP Premia de Mar
5. UGAP-6 Sabadell Sud-Creu de Barberà. CAP Creu de Barberà
6. CAP Oest Terrassa
7. ABS Gaudi (Barcelona)
8. EAP Santa Eugenia de Berga