

EFFECTIVIDAD Y COMPLEMENTARIEDAD DE LAS INFILTRACIONES Y LA TERAPIA NEURAL SEGMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DEL HOMBRO DOLOROSO

Olga Lóriz Peralta, Almudena Raya Rejón, Joan Manel Marin Gamito, Carmen Maribel Carrera Montes, María José Venegas Barrero.

CAP Llefià. Badalona

Correspondencia: olga.loriz@gmail.com

Correctores: Ernest Vinyoles y Xavier Mas

Publicado: mayo 2013

Olga Lóriz Peralta, Almudena Raya Rejón, Joan Manel Marin Gamito, Carmen Maribel Carrera Montes, María José Venegas Barrero (2012)

Efectividad y complementariedad de las infiltraciones y la terapia neural segmental para el tratamiento del hombro doloroso. Butlletí: Vol 31:Iss 1, Article 2

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol31/iss1/2>

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

RESUMEN

Objetivo: Describir cuánto podría mejorar la sintomatología del hombro doloroso si utilizamos las infiltraciones y la terapia neural segmental de forma complementaria. **Emplazamiento:** Centro de Atención Primaria Badalona-6 (Barcelona). **Participantes:** 46 pacientes entre 24-82 años, con hombro doloroso sin remisión tras al menos un mes de tratamiento farmacológico y rehabilitación domiciliaria. **Mediciones principales:** se recogieron datos para cuantificar dolor mediante la escala visual analógica (EVA) y sobre consumo de fármacos mediante entrevista personal.

Resultados: En 27 iniciamos la intervención infiltrando y 19 con terapia neural. Media de meses del dolor previos a la intervención: 12,93 (Desviación Estándar DE: 20,42). EVA media pre-intervención: 7,67 (DE: 1,63), mejora de la EVA media (diferencia entre EVA media inicial y EVA media post-intervención) a las 2-4 semanas 4,33 (DE: 2,80) a los 3 meses 5,71(DE: 2,92) y a los 6 meses 5,89 (DE: 2,90), porcentualmente: 54.53%, 71.25% y 73.13%. En el consumo farmacológico para el dolor detectamos un 70% de reducción a las 2-4 semanas, un 72% a los 3 meses y un 74% a los 6 meses. A 10 pacientes (21,73% del total, 6 que iniciaron la intervención con terapia neural segmental y 4 que la iniciaron con infiltraciones) se realizó la otra técnica por falta de mejora con la primera, el 90% de los cuales mejoraron más del 75% su sintomatología.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la terapia neural y las

infiltraciones probablemente son útiles para disminuir dolor y consumo farmacológico en el hombro doloroso, especialmente utilizándose de forma complementaria.

Palabras clave: hombro doloroso, terapia neural, infiltración, atención primaria, gasto sanitario.

ABSTRACT

Subject: To describe how much the symptoms of shoulder pain would improve if we use the infiltration and the segmental neural therapy in a complementary manner. **Location:** Badalona Primary Care Center-6 (Barcelona). **Sample:** 46 patients aged 24-82 years with shoulder pain without remission after at least one month of drug treatment and rehabilitation at home.

Measurements: Data were collected to quantify pain by visual analog scale (VAS) and consumption of drugs by personal interview.

Results: In 27 patients intervention began using infiltration and 19 using neural therapy. Average months of pain before the intervention was 12.93 (SD 20.42). Pre-intervention mean VAS score was 7.67 (SD 1.63), improvement in mean VAS (difference between mean initial VAS and mean post-intervention VAS) was 4.33 (SD: 2.80) in 2-4 weeks, 5.71 (SD 2.92) in 3 months and 5.89 (SD 2.90) in 6 months; in percentage: 54.53%, 71.25% and 73.13% respectively. Regarding the consumption of painkillers, we detected a 70% reduction in 2-4 weeks, 72% in 3 months and 74% in 6 months.

In 10 patients (21.73% of total, 6 who started the intervention with segmental neural therapy and 4 who started with infiltration) the other technique was performed by a lack of improvement by applying the first, 90% of this patients improved more than 75% of our pain.

Conclusions: The results of this study suggest that neural therapy and infiltration are probably helpful in reducing pain and drug consumption in the painful shoulder, especially when used in a complementary manner.

Key words: shoulder pain, neural therapy, infiltration, primary care, sanitary cost.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro estudio es analizar cuanto podría mejorar la sintomatología del hombro doloroso si utilizamos las infiltraciones y la terapia neural segmental de forma complementaria. Y la justificación del presente trabajo es porque el hombro doloroso es un frecuente motivo de consulta en atención primaria¹. Representa una elevada incidencia: entre 9-25 casos por 1.000 habitantes/año, y la prevalencia/año oscila entre 47-467 casos por 1.000 habitantes². En España se han descrito cifras de prevalencia entre 70-200 por 1.000 adultos³. Aunque, sólo la mitad consultan a su médico, en la mitad de estos, persiste la sintomatología un año después⁴, con su repercusión en la dificultad para manejarse en actividades básicas de la vida diaria y en su actividad laboral⁵. Comportando elevado consumo en recursos asistenciales, gasto farmacéutico y pérdidas productivas por absentismo

laboral⁶. La instauración de medidas terapéuticas adecuadas lo antes posible disminuye el dolor, mejorando la funcionalidad del hombro reduciendo el riesgo de incapacidad⁷. Las infiltraciones locales con corticoides son utilizadas desde hace tiempo; unos 45-50 años con éxito reconocido⁸. Aunque si analizamos en la literatura científica sobre las infiltraciones en hombro doloroso: recientes metanálisis nos muestran que las infiltraciones en hombro son eficaces para disminuir el dolor hasta los 9 meses de iniciar el tratamiento como indica Bruce Arroll et al⁹ pero según C Gaujoux-Viala¹⁰ añade controversia con un metanálisis más reciente en el que indica que las infiltraciones que tienen mayor eficacia que placebo, pero, no tienen una eficacia superior a los Aines y además los beneficios son a corto plazo. Por otro lado, en la literatura científica se ha descrito la terapia neural segmental para el tratamiento del dolor crónico¹¹⁻¹², mostrándose como un buen recurso para disminuir dicho dolor así como para disminuir el consumo de fármacos. Es una técnica de extraordinaria sencillez, bajo coste y escasos efectos secundarios, aunque poco conocida en nuestro medio. No hemos hallado en la literatura científica ningún artículo específico de hombro doloroso para esta técnica. Y tampoco ninguno que trate de analizar la eficacia de ambas técnicas combinadas. Creemos interesante valorar la utilización de las dos técnicas teniendo en cuenta que no son excluyentes sino complementarias. Así pues, ya que la evidencia científica que disponemos sobre la eficacia de los tratamientos en hombro doloroso es limitada, y estos procedimientos de los que hablamos podrían ser beneficiosos, pensamos que dicho beneficio podría aumentar si

en caso de utilizar una técnica y no mejora podamos utilizar la otra, incrementando el porcentaje de mejora.

1. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio de intervención prospectivo descriptivo.

Muestra: Obtenida de un CAP en Badalona (Barcelona) entre febrero de 2008 y junio de 2011 por muestreo consecutivo. Criterios de inclusión pacientes con hombro doloroso con dolor y limitación funcional, de causa periarticular, habiéndose descartado traumatismos u otras patologías. Criterios de exclusión: alergias a anestésicos locales o corticoides, cardiopatías descompensadas, miastenia gravis, trastornos psiquiátricos graves, fibromialgia, enfermedades reumatológicas, trastornos de la coagulación o tratamientos con anticoagulantes, diabetes mal controlada, infecciones próximas y por supuesto la negativa del paciente a participar.

Iniciaron tratamiento estandarizado con analgésicos y educación sobre rehabilitación domiciliaria. Después de al menos 1 mes de seguimiento, si no había mejora suficiente del dolor, se proponía las técnicas descritas.

La terapia neural se realiza desde una visión holística. Teniendo en cuenta que el sistema nervioso es una red que integra todas las partes del cuerpo y que el sistema nervioso vegetativo es un gran regulador de todas las funciones. Así tratamos los síntomas actuales del paciente, buscando facilitar la capacidad autorreguladora

mediante la aplicación de anestésicos locales a bajas concentraciones en lugares específicos según esos síntomas actuales y la historia de vida del paciente.

Mediciones: Se recogieron datos generales de cada paciente como la edad, sexo, número de meses de evolución del dolor previos a la intervención y diagnóstico de la patología que subyacía al dolor. Visitas de seguimiento fueron a las 2-3 semanas en los que iniciaban la intervención con terapia neural y al mes en las infiltraciones y a los 3 y 6 meses en todos.

VARIABLES MÁS ESPECÍFICAS:

-El dolor: para medir la intensidad del mismo se utilizó un método estandarizado: la escala visual analógica (EVA)¹³.

-Consumo de fármacos mediante la entrevista clínica. Se recogían el nombre de cada uno de los fármacos y la cantidad diaria que estuvieran tomando los pacientes antes y después de la intervención. Mediante un cálculo se obtuvo la variable proporción de reducción en el consumo de fármacos. Variable en este caso cualitativa ordinal mediante 5 categorías: 0%, 25%, 50%, 75% y 100% de reducción de los fármacos para el dolor. Obviamente, en caso de haber incrementado el consumo, también se debía anotar en la hoja de recogida de datos.

Desarrollo del protocolo

Cuando se detectaba algún paciente que pudiera ser incluido en el estudio, se le explicaba en qué consisten ambas técnicas en una visita previa a la práctica de la terapia neural o de la infiltración y se realizaba el consentimiento informado escrito. Despues se les citaba en otra visita en

la que se procedía a aplicar el tratamiento que acordaran entre el paciente y el facultativo. Para implementar la técnica de la infiltración seguíamos la metodología recomendada por guías reconocidas por sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria¹⁴. Según dicha metodología el paciente debía permanecer realizando reposo (con el brazo en cabestrillo) 48 horas posteriores a la infiltración. Esto es diferente para los pacientes en los que se practica terapia neural, para los cuales no es necesario este reposo. La terapia neural segmental según Huneke¹⁵ consiste en aplicar pápulas en el lugar de las molestias buscando puntos gatillo¹⁶ así como en las localizaciones donde se sospecha que pueda existir lo que en terapia neural se denomina campo interferente¹⁷ como cicatrices o el propio dolor crónico. Además cabe remarcar que este caso es muy importante las localizaciones específicas que indique el paciente. Y aunque realizamos básicamente terapia neural segmental en la medida que fue posible se realizó un abordaje integral, cosa que se diferencia de la infiltración que es un tratamiento con un abordaje más local. El paciente previamente informado participaba en la decisión sobre cual técnica escogíamos para iniciar la intervención específica de cada paciente. Y en caso de que con una técnica no mejoraran suficientemente se les podía proponer aplicar otra tanda de la misma técnica o bien la otra técnica según los resultados, siempre y cuando no hubiera contraindicaciones, este planteamiento inicial es común a toda la muestra. Así en caso de haber mejorado entre un 0 y un 20% de la EVA se les proponía la otra técnica, si mejoraban más del 50 %, el paciente

elegía si finalizar tratamiento o repetir la misma técnica, y en situaciones intermedias mejora entre el 21 y el 49% se ofrecía a elegir o bien aplicar otra tanda del mismo tratamiento o cambiar a la otra técnica. Espaciando un mes en el caso de las infiltraciones y 2-3 semanas para los pacientes que se hiciera otra tanda de terapia neural como ya hemos explicado. Tanto en las infiltraciones como para la terapia neural como máximo podíamos proponer 3 tandas. Si en algún momento del proceso por falta de mejora suficiente del dolor o a petición del paciente o si por algún otro motivo, el médico lo consideraba oportuno se podía derivar a algún otro especialista como al servicio de traumatología o clínica del dolor.

Tres facultativos previamente formados para la práctica de las infiltraciones y la terapia neural fueron los que utilizaron las técnicas para los pacientes que tenían asignados como médicos de cabecera y que consultaron por hombro doloroso de al menos 1 mes de duración para los cuales ya hubieran prescrito tratamiento analgésico y rehabilitación domiciliaria sin presentar mejoría clínica suficiente. También llevaron a término el trabajo de campo de selección de la muestra y recogida de datos.

Análisis: Los resultados se presentan, básicamente, como un análisis descriptivo de las diferentes variables antes y después de la intervención. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS® versión 16.0. Como describimos más adelante desarrollamos la descripción de los datos a lo largo del estudio y además aplicamos el test t-Student para datos independientes y comprobamos la normalidad de sus residuos mediante

un Shapiro-Wilk test para comparar los grupos de pacientes según iniciaran la intervención con terapia neural o infiltración. De esta forma valorar si la muestra presentaba homogeneidad independientemente de si había iniciado la intervención con una u otra técnica para realizar la descripción de los resultados después de la intervención, teniendo en cuenta que en realidad la propuesta de iniciar de tratamiento era la misma para todos se pudo realizar un análisis del seguimiento de la muestra globalmente.

2. RESULTADOS

De los 46 pacientes del estudio a 19 se les practicó terapia neural segmental inicialmente y a 27 una infiltración como primera intervención. Los datos iniciales fueron: edad media: 53,32 y DE: 14,48, sexo (25 mujeres y 21 hombres), meses de evolución del dolor antes de iniciar la intervención de mediana: 6,00 y rango: máximo: 96 meses y mínimo: 1 mes. Vemos estos datos desglosados en las **tablas 1 y 2** separados según si se realizó inicialmente infiltraciones y terapia neural. Al contrastar los grupos que iniciaron la intervención por infiltración, frente a los que la iniciaron con la terapia neural segmental los resultados del test t-Student no mostraron diferencias significativas en cuanto a edad ($t_{44} = -1,16$, $p = \text{n.s.}$), meses de dolor antes de iniciar el tratamiento específico ($t_{42} = 0,37$, $p = \text{n.s.}$), y también en relación a la variable principal: la EVA inicial ($t_{44} = -1,64$, $p = \text{n.s.}$). De esta forma, constatamos que fue una muestra homogénea independientemente de cuál fue la primera técnica aplicada. Se describe la

evolución de la EVA y consumo de fármacos (**tabla 3**) de la totalidad muestra. Sólo hubo 2 pérdidas o missings. De los pacientes que iniciaron la intervención con la infiltración, en 4 se practicó en visitas posteriores terapia neural y en los que se inició tratamiento específico con terapia neural, a 6 se les realizó una infiltración. Así pues combinamos los tratamientos en 10 pacientes: 4 con terapia neural (en los que iniciamos la intervención con la infiltración) y 6 infiltraciones en los pacientes que iniciaron la intervención con terapia neural y, el 90% de los cuales mejoraron más del 75% su sintomatología. Por tanto sólo a 3 de estos 46 pacientes (6,52%) hubo que derivarlos a nivel más especializado.

Tabla 1.

Pacientes en los que iniciamos la intervención específica con una infiltración: 27: (15/12=mujeres/hombres).

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	26	82	55,48	14,95
EVA inicial antes de iniciar el tratamiento	4	10	8	1,57

Tabla 2.

Pacientes en los que iniciamos la intervención específica con la terapia neural: 19: (10/9=mujeres/hombres).

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	24	75	50,26	14,86
EVA inicial antes de iniciar el tratamiento	4,5	10	7,21	1,64

3. DISCUSIÓN

Cada vez hay más experiencia en la integración de medicinas complementarias y alternativas¹⁸⁻¹⁹. Además, el paciente informado, interesado por conocer lo que a su salud concierne y motivado en participar en las decisiones que se tomen, es un modelo emergente en las sociedades desarrolladas²⁰. Existen pruebas que demuestran que los pacientes que se implican más en dichas decisiones consiguen mejores resultados²¹. Y valoramos en este estudio positivamente el que el paciente se pudiera implicar en las decisiones del proceso terapéutico. En

esta muestra hay mayor número de pacientes que iniciaron la intervención con una infiltración que con terapia neural. Tal vez sea debido a la falta de divulgación sobre esta técnica. La impresión subjetiva de los investigadores fue que en los que aplicamos terapia neural fue una técnica bien aceptada por parte de los pacientes. Si bien es cierto que es bastante poco conocida por la población y por parte de los profesionales de la salud en nuestros centros de atención primaria. Seguramente requerimos mayor evidencia científica para una mayor profundización en el conocimiento de su eficacia y para su divulgación.

Tabla número 3. Descripción de la mejora de la EVA primero en números absolutos, y después porcentualmente respecto a la inicial, y descripción de la reducción porcentual del consumo de fármacos para el dolor para los 46 pacientes participantes del estudio.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EVA Inicial	0	10	7,67	1,63
EVA en 1 ^a visita (2-3 semanas después de TN al mes en infiltraciones)	0	8	3,34	2,28
EVA a los 3 meses de la primera intervención (N=45)	0	8	2,03	2,12
EVA a los 6 meses de la primera intervención (N=43)	0	8	1,87	2,10
Mejora de la EVA en 1 ^a visita (2-3 semanas después de TN al mes en infiltraciones)	0	10	4,16	2,80
Mejora de la EVA a los 3 meses de la primera intervención (N=45)	0	10	5,71	2,92
Mejora de la EVA a los 6 meses de la primera intervención (N=43)	0	10	5,89	2,90
Mejora de la EVA porcentual 1 ^a visita (2-3 semanas después de TN y al mes en infiltraciones)	0	100	54,53%	31,70
Mejora de la EVA porcentual a los 3 meses de la primera intervención (N=45)	0	100	71,25%	30,98
Mejora de la EVA porcentual a los 6 meses de la primera intervención (N=43)	0	100	73,13%	30,41
Reducción porcentual de fármacos para el dolor en 1 ^a visita (2-3 semanas después de TN y al mes en infiltraciones)	0	100	70%	35,6
Reducción porcentual de fármacos para el dolor a los 3 meses de la primera intervención	0	100	72%	35,83
Reducción porcentual de fármacos para el dolor a los 6 meses de la primera intervención (N=45)	0	100	74%	33,91

Con nuestros resultados, hemos de tener en cuenta las limitaciones que tiene este estudio: son intervenciones sin asignación aleatoria, ni grupo control y nuestra muestra es pequeña y que además el tratamiento combinado sólo se realizó en un 25% de la muestra (en 10 pacientes), por lo tanto los resultados de nuestro estudio se han de analizar con precaución. Todo esto nos sugiere que implementar líneas de investigación en un futuro con muestras más extensas y con asignación aleatoria, podrían ayudar a incrementar la evidencia científica y el uso de estas técnicas de forma más habitual.

No existe ningún trabajo parecido al nuestro previo y por tanto no podemos comparar nuestros resultados con otros estudios similares. Sin embargo, podemos decir que globalmente nuestros pacientes mejoraron sustancialmente tanto la EVA en números absolutos como porcentualmente y también en la reducción porcentual de fármacos que tomaban los pacientes respecto los que tomaban antes de realizar la intervención/-es específica/-as. Y teniendo en cuenta que ese 25 % de pacientes que con una sola técnica no hubieran mejorado y en combinar las dos mejoraron el 90% un 75 % al menos su sintomatología, con toda la cautela que comentábamos podemos concluir que ambas técnicas se pueden utilizar de forma complementaria incrementando probablemente la efectividad de las dos técnicas si las utilizamos cada una de forma aislada. Además, vemos como la combinación de las dos técnicas demuestran que son válidas para combatir el dolor y que en algunos casos se pueden utilizar las dos en el mismo paciente, con buena aceptación por parte de los mismos y un incremento de la mejora de la

sintomatología. En cualquier caso integrar estas técnicas en nuestras habilidades como médicos de familia, cuando tienen bases filosóficas diferentes, requiere un esfuerzo en formación, y sobre todo en realizar un cambio de perspectiva, ampliando la forma de entender esta dolencia y su posible curación. De esta forma, mejoraremos nuestra satisfacción profesional y sobre todo el pronóstico de nuestros pacientes.

Sería interesante seguir realizando estudios que permitan profundizar en esta línea de investigación.

Agradecimiento:

Los autores quieren expresar su agradecimiento ante todo a los pacientes que participaron, y también a Sergi Herrando y a David Pérez, a ambos por su colaboración en la elaboración del trabajo, también a David Vinyes, como maestro en terapia neural y a Juan Miguel Gómez: traumatólogo, cuya aportación ha sido muy valiosa. Todo trabajo tiene sentido por el esfuerzo que en él ponemos, y todo esfuerzo tiene sentido si hay amor.

BIBLIOGRAFIA

1. Smith DL, Campbell SM. Painful shoulder syndromes: diagnosis and management. J Gen Intern Med. 1992;7:328-39.
2. Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJM, et al. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. Scand J Rheumatol. 2004; 33:73-81.

3. Gómez Raso N, López Martínez N. Patología del manguito de rotadores. ¿Un cajón de sastre? Rev Soc Madr Med Fam Comunitaria. 2001;1:18-20
4. Van der Windt DAWM, Koes BW, Boeke AJP, et al. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. Br J Gen Pract. 1996; 46:519-23.
5. Pinedo Otaola, S. Afección de la extremidad superior y calidad de vida. Med Clin (Barc). 2006;127:454-5.
6. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. Ann Rheum Dis. 1998; 57:649-55.
7. Croft P, Pope D, Silman A. The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care. Br Med J. 1996; 313: 601-2
8. Varela GA, Sánchez DM, Miranda CR. Infiltración local en patologías articulares y de partes blandas en un centro de salud. Aten Primaria. 2003; 32: 388-9.
9. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005 Mar;55(512):224-8.
10. C Gaujoux-Viala, M Dougados, L Gossec. Efficacy and safety of steroid injections for shoulder and elbow tendonitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. Ann Rheum Dis 2009; 68; 1843-1849.
11. Mermod J, Fischer L, Staub L, et al. Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional medicine. BMC Complement Altern Med. 2008; 8: 33.
12. 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.
13. Hiskisson EC. Measurement of pain. Lancet. 1974;2:1127-1131.
14. Fisterra.com: Atención Primaria en la Red. Ayuda en la consulta. [Página principal en Internet]. A Coruña. Técnicas en atención primaria. Guía de infiltraciones articulares. [actualizado 15 Set 2011; citado 12 Feb 2013].) Disponible en: www.fisterra.com/material/tecnicas/infiltracio/hombro.
15. Dosch, J, Dosch P, Dosch M. Manual of Neural Therapy According to Huneke. 2a ed. Stuttgart: Thieme: 2007.
16. Fisher L. Die Untersuchung der Schulter in der Praxis: The assessment of shoulder problems in the practitioner's office. Praxis 1999; 88:1815-1824.
17. Fischer L. NeuraltherapieSchweiz Z Ganzheitsmed. 2010; 22:114-6.
18. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany:results of a nacional survey. Evid Based Complement Altern Med. 2008; 8-35.

19. Gunver SK, Albonico H-U, Fisher L, et al. Complementary therapy systems and their integrative evaluation. *Explore (NY)*. 2011; 7: 175-86.
20. Navarro MD, Muñiz GG, Novell AJ. Los derechos del paciente en perspectiva. *Aten Primaria*. 2008;40: 367–9.
21. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Social Science and Medicine*. 1998;47:329–39.