

EFFECTIVITAT I COMPLEMENTARIETAT DE LES INFILTRACIONS I LA TERÀPIA NEURAL SEGMENTAL PER AL TRACTAMENT DE L'ESPATLLA DOLOROSA

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

CAP Llefia. Badalona

Correspondència: olga.loriz@gmail.com

Correctors: Ernest Vinyoles i Xavier Mas

Publicat: maig 2013

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

Efectivitat i complementarietat de les infiltracions i la teràpia neural segmental per al tractament de l'espatlla dolorosa. Butlletí: Vol 31:Iss 1, Article 2

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

Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUM

Objectiu: Descriure quant podria millorar la simptomatologia de l'espatlla dolorosa si utilitzem les infiltracions i la teràpia neural segmental de forma complementària. Emplaçament: Centre d'Atenció Primària Badalona-6 (Barcelona) . Participants: 46 pacients entre 24-82 anys, amb espatlla dolorosa sense remissió després d'almenys un mes de tractament farmacològic i rehabilitació domiciliària. Mesurament principals: es van recollir dades per quantificar dolor mitjançant l'escala visual analògica (EVA) i sobre consum de fàrmacs mitjançant entrevista personal.

Resultats: En 27 iniciem la intervenció infiltrant i 19 amb teràpia neural. Mitjana de mesos del dolor previs a la intervenció: 12,93 (Desviació Estàndard DE: 20,42). EVA mitjana preintervenció: 7,67 (DE: 1,63), millora de l'EVA mitjana (diferència entre EVA mitjana inicial i EVA mitjana postintervenció) a les 2-4 setmanes 4,33 (DE: 2,80) als 3 mesos 5,71 (DE: 2,92) i als 6 mesos 5,89 (DE: 2,90), percentualment: 54.53%, 71.25% i 73.13%. En el consum farmacològic per al dolor detectem un 70% de reducció a les 2-4 setmanes, un 72% a los 3 mesos y un 74% a los 6 mesos. A 10 pacients (21,73% del total, 6 que van iniciar la intervenció amb teràpia neural segmental i 4 que la van iniciar amb infiltracions) es va realitzar l'altra tècnica per manca de millora amb la primera, el 90% dels quals van millorar més del 75% la seva simptomatologia.

Conclusions: Els nostres resultats suggereixen que la teràpia neural i les infiltracions probablement són útils per disminuir dolor i consum farmacològic

en l'espatlla dolorosa, especialment utilitzant-se forma complementària.

Paraules clau: espatlla dolorosa, teràpia neural, infiltració, atenció primària, despesa sanitària.

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.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu del nostre estudi es analitzar quant podria millorar la simptomatologia de l'espatlla dolorosa si utilitzem les infiltracions i la teràpia neural segmental de forma complementària. I la justificació del present treball és perquè l'espatlla dolorosa és un freqüent motiu de consulta en atenció primària¹. Representa una elevada incidència: entre 9-25 casos per 1.000 habitants/any, i la prevalença/any oscil·la entre 47-467 casos per 1.000 habitants². A Espanya s'han descrit xifres de prevalença entre 70-200 per 1.000 adults³. Encara que, només la meitat consulten al seu metge, en la meitat d'aquest, persisteix la simptomatologia un any després⁴, amb la seva repercussió en la dificultat per dur a terme les activitats bàsiques en la vida diària i en la seva activitat laboral⁵. Comportant elevat consum en recursos assistencials, despesa farmacèutica i pèrdues productives per absentisme laboral⁶. La instauració de mesures terapèutiques adequades el més aviat possible disminueix el dolor, millorant la funcionalitat de l'espatlla reduint el

risc d'incapacitat⁷. Les infiltracions locals amb corticoides són utilitzades des de fa temps; uns 45-50 anys amb èxit reconegut⁸. Encara que si analitzem en la literatura científica sobre les infiltracions en espatlla dolorosa: recents metanàlisis ens mostren que les infiltracions en espatlla dolorosa són eficaces per disminuir el dolor fins als 9 mesos d'iniciar el tractament com indica Bruce Arroll et al⁹ però segons C Gaujoux-Viala¹⁰ afegeix controvèrsia amb una metanàlisis més recent en el qual indica que les infiltracions que tenen major eficàcia que placebo, però, no tenen una eficàcia superior als AINE i a més els beneficis són a curt termini. D'altra banda, en la literatura científica s'ha descrit la teràpia neural segmental per al tractament del dolor crònic¹¹⁻¹², mostrant-se com un bon recurs per disminuir l'esmentat dolor així com per disminuir el consum de fàrmacs. És una tècnica d'extraordinària senzillesa, baix cost i pocs efectes secundaris, encara que poc coneguda en el nostre medi. No hem trobat a la literatura científica cap article específic d'espatlla dolorosa per a aquesta tècnica. I tampoc cap que tracti d'analitzar l'eficàcia d'ambdues tècniques combinades. Creiem que és interessant valorar la utilització de les dues tècniques tenint en compte que no són excloents sinó complementàries. Així, doncs, ja que l'evidència científica de què disposem sobre l'eficàcia dels tractaments en espatlla dolorosa és limitada, i aquests procediments dels quals parlem podrien ser beneficiosos, pensem que aquest benefici podria augmentar si en cas d'utilitzar una tècnica i no millora podem utilitzar l'altra, incrementant el percentatge de millora.

1. MATERIAL I MÈTODES

Disseny: Estudi d'intervenció prospectiu descriptiu.

Mostra: Obtinguda d'un CAP en Badalona (Barcelona) entre febrer de 2008 i juny de 2011 per mostreig consecutiu. Criteris d'inclusió: pacients amb espatlla dolorosa amb dolor i limitació funcional, de causa periarticular, havent-se descartat traumatismes o altres patologies. Criteris d'exclusió: al·lèrgies a anestèsics locals o corticoides, cardiopaties descompensades, miastènia gravis, trastorns psiquiàtrics greus, fibromiàlgia, malalties reumatològiques, trastorns de la coagulació o tractaments amb anticoagulants, diabetis mal controlada, infeccions pròximes i, per descomptat, la negativa del pacient a participar.

Van iniciar tractament estandarditzat amb analgèsics i educació sobre rehabilitació domiciliària. Després d'almenys 1 mes de seguiment, si no hi havia millora suficient del dolor, es proposaven les tècniques descrites.

La teràpia neural es desenvolupa des d'una visió holística. Tenint en compte que el sistema nerviós és una xarxa que integra totes les parts del cos i que el sistema nerviós vegetatiu és un gran regulador de totes les funcions. Així tractem els símptomes actuals del pacient, buscant facilitar la capacitat autoregulatora mitjançant l'aplicació d'anestèsics locals a baixes concentracions en llocs específics segons aquests símptomes actuals i la història de vida del pacient.

Mesurament:

Es van recollir dades generals de cada pacient com l'edat, sexe, nombre de mesos d'evolució del dolor previs a la

intervenció i diagnòstic de la patologia que era subjacent al dolor. Visites de seguiment van ser a les 2-3 setmanes en les que iniciaven la intervenció amb teràpia neural i al mes en les infiltracions i als 3 i 6 mesos en tots.

Variables més específiques:

-El dolor: per mesurar-ne la intensitat es va utilitzar un mètode estandarditzat: la escala visual analògica (EVA)¹³.

-Consum de fàrmacs mitjançant l'entrevista clínica. Es recollia el nom de cadascun dels fàrmacs i la quantitat diària que estiguessin prenent els pacients abans i després de la intervenció. Mitjançant un càlcul es va obtenir la variable proporció de reducció en el consum de fàrmacs. Variable en aquest cas qualitativa ordinal mitjançant 5 categories: 0%, 25%, 50%, 75% i 100% de reducció dels fàrmacs per al dolor. Òbviament, en cas d'haver incrementat el consum, també es devia anotar en el full de recollida de dades.

Desenvolupament del protocol

Quan es detecta algun pacient que pogués ser inclòs en l'estudi, se li explicava en què consisteixen ambdues tècniques en una visita prèvia a la pràctica de la teràpia neural o de la infiltració i es realitzava el consentiment informat escrit. Després se'ls citava en una altra visita en la qual es procedia a aplicar el tractament que van acordar entre el pacient i el facultatiu. Per implementar la tècnica de la infiltració seguïem la metodologia recomanada per guies reconegudes per societats científiques de medicina familiar i comunitària¹⁴. Segons l'esmentada metodologia el pacient havia de romandre en repòs (amb el braç en cabestrell) 48 hores posteriors a la infiltració. Això és diferent per als

pacients en els quals es practica teràpia neural, per als quals no cal aquest repòs. La teràpia neural segmental segons Huneke¹⁵ consisteix a aplicar pàpules en el lloc de les molèsties buscant punts gatell¹⁶ així com en les localitzacions on se sospita que pugui existir el que en teràpia neural es denomina camp interferent¹⁷ com cicatrius o el mateix dolor crònic. A més, cal remarcar que en aquest cas són molt importants les localitzacions específiques que indiqui el pacient. I encara que realitzem bàsicament teràpia neural segmental en la mesura que va ser possible es va realitzar abordatge integral, cosa que es diferencia de la infiltració que és un tractament amb un abordatge més local.

El pacient prèviament informat participava en la decisió sobre quina tècnica escollíem per iniciar la intervenció específica de cada pacient. I en cas que amb una tècnica no milloressin suficientment se'ls podia proposar aplicar una altra tanda de la mateixa tècnica o bé l'altra tècnica segons els resultats, sempre i quan no hi hagués contraindicacions, aquest plantejament inicial és comú a tota la mostra. Així, en cas d'haver millorat entre un 0 i un 20% de l'EVA se'ls proposava l'altra tècnica, si millorava més del 50 %, el pacient elegia si finalitzar tractament o repetir la mateixa tècnica, i en situacions intermèdies millora entre el 21 i el 49% s'oferia a triar o bé aplicar una altra tanda del mateix tractament o canviar a l'altra tècnica. Espaïant un mes en el cas de les infiltracions i 2-3 setmanes per als pacients que es fessin una altra tanda de teràpia neural com ja hem explicat. Tant en les infiltracions com per a la teràpia neural com a màxim podíem proposar 3 tandes. Si en algun

moment del procés per manca de millora suficient del dolor o a petició del pacient o si per algun altre motiu, el metge ho considerava oportú es podia derivar a algun altre especialista com al servei de traumatologia o clínica del dolor.

Tres facultatius prèviament formats per a la pràctica de les infiltracions i la teràpia neural van ser els que van utilitzar les tècniques per als pacients que tenien assignats com a metges de capçalera i que van consultar per espatlla dolorosa d'almenys 1 mes de durada per als quals ja haguessin prescrit tractament analgèsic i rehabilitació domiciliària sense presentar millora clínica suficient. També van dur a terme el treball de camp de selecció de la mostra i recollida de dades.

Anàlisi

Els resultats es presenten, bàsicament, com una anàlisi descriptiva de les diferents variables abans i després de la intervenció. Totes les anàlisis es van realitzar amb el programa estadístic SPSS® versió 16.0. Com descrivim més endavant van desenvolupar la descripció de les dades al llarg de l'estudi i a més vam aplicar el test t-Student per a dades independents i vam comprovar la normalitat dels seus residus mitjançant un Shapiro-Wilk test per comparar els grups de pacients segons iniciaren la intervenció amb teràpia neural o infiltració. D'aquesta forma valorar si la mostra presentava homogeneïtat independentment de si havia iniciat la intervenció amb una o una altra tècnica per realitzar la descripció dels resultats després de la intervenció, tenint en compte que en realitat la proposta d'iniciar tractament era la mateixa per a tothom, es va poder realitzar una anàlisi del

seguiment de la mostra globalment.

2. RESULTATS

Dels 46 pacients de l'estudi a 19 se'ls va practicar teràpia neural segmental inicialment i a 27 una infiltració com a primera intervenció. Les dades inicials va ser: edat mitjana: 53,32 i DE: 14,48, sexe (25 dones i 21 homes), mesos d'evolució del dolor abans d'iniciar la intervenció de mitjana: 6,00 i rang: màxim: 96 mesos i mínim: 1 mes. Veiem aquestes dades desglossades en les [taules 1 i 2](#) separats segons si es van realitzar inicialment infiltracions i teràpia neural. Al contrastar els grups que van iniciar la intervenció per infiltració, davant els que la van iniciar amb la teràpia neural segmental els resultats del test t-Student no van mostrar diferències significatives en relació a edat ($t_{44} = -1,16$, $p = n.s.$), mesos de dolor abans d'iniciar el tractament específic ($t_{42} = 0,37$, $p = n.s.$), i també en relació a la variable principal: l'EVA inicial ($t_{44} = -1,64$, $p = n.s.$).

D'aquesta forma, constatem que va ser una mostra homogènia independentment de quina va ser la primera tècnica aplicada. Es descriu l'evolució de l'EVA i consum de fàrmacs ([taula 3](#)) de la totalitat de la mostra. Només hi va haver 2 pèrdues o *missings*. Dels pacients que van iniciar la intervenció amb la infiltració, en 4 es va practicar en visites posteriors teràpia neural i en els que se es va iniciar tractament específic amb teràpia neural, a 6 se'ls va realitzar una infiltració. Així doncs, combinem els tractaments en 10 pacients: 4 amb teràpia neural (en els que iniciem la intervenció amb la infiltració) i 6 infiltracions en els

pacients que van iniciar la intervenció amb teràpia neural i, el 90% dels quals van millorar més del 75% la seva simptomatologia. Per tant, només a 3 d'aquests 46 pacients (6,52%) vam haver de derivar-los a nivell més especialitzat.

Taula 1.

Pacients en els quals iniciem la intervenció específica amb una infiltració: 27: (15/12=dones/homes).

	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
Edat	26	82	55,48	14,95
EVA inicial abans d'iniciar el tractament	4	10	8	1,57

Taula 2.

Pacients en els que iniciem la intervenció específica amb la teràpia neural: 19: (10/9=dones/homes).

	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
Edat	24	75	50,26	14,86
EVA inicial abans d'iniciar el tractament	4,5	10	7,21	1,64

3. DISCUSSIÓ

Cada cop hi ha més experiència en la integració de medicines complementàries i alternatives¹⁸⁻¹⁹. A més, el pacient informat, interessat per conèixer el que concerneix a la salut i motivat a participar en les decisions que es prenguin, és un model emergent en les societats desenvolupades²⁰. Existeixen proves que demostren que els pacients que s'impliquen més en les esmentades decisions aconsegueixen

millors resultats²¹. I valorem en aquest estudi positivament el que el pacient es pugui implicar en les decisions del procés terapèutic. En aquesta mostra hi ha major nombre de pacients que van iniciar la intervenció amb una infiltració que amb teràpia neural. Potser sigui per causa de la manca de divulgació sobre aquesta tècnica. La impressió subjectiva dels investigadors va ser que en els que vam aplicar aquesta teràpia

neural va ser una tècnica ben acceptada per part dels pacients. Si bé és cert que és bastant poc coneguda per la població i per part dels professionals de la salut en els nostres centres d'atenció primària. Segurament requerim major evidència científica per a un major aprofundiment en el coneixement de la seva eficàcia i per a la seva divulgació.

Taula número 3. Descripció de la millora de l'EVA primer en números absoluts, i després percentualment respecte a l'inicial, i descripció de la reducció percentual del consum de fàrmacs per al dolor per als 46 pacients participants de l'estudi.

	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació estàndard
EVA Inicial	0	10	7,67	1,63
EVA en 1ª visita (2-3 setmanes després de TN al mes en infiltracions)	0	8	3,34	2,28
EVA als 3 mesos de la primera intervenció (N=45)	0	8	2,03	2,12
EVA als 6 mesos de la primera intervenció (N=43)	0	8	1,87	2,10
Millora de l'EVA en 1ª visita (2-3 setmanes després de TN al mes en infiltracions)	0	10	4,16	2,80
Millora de l'EVA als 3 mesos de la primera intervenció (N=45)	0	10	5,71	2,92
Millora de l'EVA als 6 mesos de la primera intervenció (N=43)	0	10	5,89	2,90
Millora de l'EVA percentual 1ª visita (2-3 setmanes després de TN i al mes en infiltracions)	0	100	54,53%	31,70
Millora de l'EVA percentual als 3 mesos de la primera intervenció (N=45)	0	100	71,25%	30,98
Millora de l'EVA percentual als 6 mesos de la primera intervenció (N=43)	0	100	73,13%	30,41
Reducció percentual de fàrmacs per al dolor en 1ª visita (2-3 setmanes després de TN i al mes en infiltracions)	0	100	70%	35,6
Reducció percentual de fàrmacs per al dolor als 3 mesos de la primera intervenció	0	100	72%	35,83
Reducció percentual de fàrmacs per al dolor als 6 mesos de la primera intervenció (N=45)	0	100	74%	33,91

Amb el nostres resultats, hem de tenir en compte les limitacions que té l'estudi: són intervencions sense assignació aleatòria, ni grup control i la

nostra mostra és petita i que, a més, el tractament combinat només es va realitzar en un 25% de la mostra (en 10 pacients), per tant, els resultats del

nostre estudi s'han d'analitzar amb precaució. Tot això ens suggereix que implementar línies d'investigació en un futur amb mostres més extenses i amb assignació aleatòria, podrien ajudar a incrementar l'evidència científica i l'ús d'aquesta tècnica de forma més habitual.

No existeix cap treball previ semblant al nostre i, per tant, no podem comparar els nostres resultats amb altres estudis similars. No obstant això, podem dir que globalment els nostres pacients milloraran substancialment tant l'EVA en números absoluts com percentualment i també en la reducció percentual de fàrmacs que prenen els pacients respecte als que prenen abans de realitzar la intervenció/ns específica/ques. I tenint en compte que aquest 25 % de pacients que amb una sola tècnica no haguessin millorat i en combinar les dues van millorar el 90% un 75 % almenys la seva simptomatologia, amb tota la cautela que comentàvem podem concloure que ambdues tècniques es poden utilitzar de forma complementària incrementant probablement l'efectivitat de les dues tècniques si les utilitzem cada una de forma aïllada. A més, veiem com la combinació de les dues tècniques demostren que són vàlides per combatre el dolor i que en alguns casos es poden utilitzar les dues en el mateix pacient, amb bona acceptació per part dels mateixos i un increment de la millora de la simptomatologia. En qualsevol cas, integrar aquestes tècniques en les nostres habilitats com a metges de família, quan tenen bases filosòfiques diferents, requereix un esforç en formació, i sobretot en realitzar un canvi de perspectiva, ampliant la forma d'entendre aquesta dolència i la seva possible curació. D'aquesta forma,

millorarem la nostra satisfacció professional i sobretot el pronòstic dels nostres pacients.

Seria interessant continuar realitzant estudis que permetin aprofundir en aquesta línia d'investigació.

Agraïment:

Els autors volen expressar els seu agraïment abans que res als pacients que van participar, i també a Sergi Herrando i a David Pérez, a ambdós per la seva col·laboració en l'elaboració del treball, també a David Vinyes, com a mestre en teràpia neural i a Juan Miguel Gómez: traumatòleg, l'aportació del qual ha estat molt valuosa. Tota feina té el seu sentit per l'esforç que hi posem, i tot l'esforç hi té sentit si hi ha 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 assesment 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 Scienceand Medicine*.1998;47:329-39.