EFECTIVITAT DE LA TERÀPIA NEURAL EN EL CONTROL DEL DOLOR EN DONES AMB GONARTROSI

***Autors:** Grup de teràpies complementàries

Correspondència: olga.loriz@gmail.com

Revisors: Jaume Claramunt i Mència Benítez

Suport financer: Aquest treball ha estat becat pels I Ajuts a la Recerca en Artrosi CAMFiC i Bioibérica 2012.

Publicat: *Setembre 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)

Efectivitat de la teràpia neural en el control del dolor en dones amb gonartrosi

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

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

RESUM

Objectiu: Quantificar la millora del dolor per gonartrosi en dones en què es va realitzar teràpia neural respecte les que no.

Disseny: Assaig Clínic controlat no aleatoritzat.

Emplaçament: 6 Centres d'Atenció Primària (província de Barcelona).

Participants: 58 pacients dones entre 65-85 anys, amb gonartrosi dolorosa sense remissió després almenys tres mesos de tractament.

Intervencions: tractament convencional versus tractament convencional i teràpia neural.

Resultats: inicialment no trobem diferències estadísticament significatives ni en edat mitjana: casos: 71,0 anys (DS: 10,5) i controls: 75,2 anys, (DS: 7,8): P = 0,14, ni en mitjana de severitat de gonartrosi: casos: 2,04, (DS: 0,62), controls: 2,14, (DS: 0,57), P = 0,56, ni EVA mitjana inicial, casos: 7,67 , (DS: 1,79), controls: 6,90 (DS: 1,87), p = 0,17, ni despesa mitjana farmacològic diari casos: 0,53 € (DS: 0,36) controls: 0 , 46 €, (DS: 0,41), p = 0,67. La mitjana de mesos d'evolució, casos: 25,58, (DS: 20,46), controls: 55,95 (DS: 40,41), sí va haver diferències significatives: P = 0,02.

En l'evolució de l'EVA va baixar, més en casos que en controls, diferència mantinguda fins als 180 dies (p =, 00004). EVA inicial mitjana de 7,66 i 6,9 en casos i controls respectivament, va baixar a 2,29 i 4,35 en última visita.

La despesa farmacèutica inicial diari en casos: mitjana (0,42 €) (ES: 0,08) i en visita 180 dies (0,196) (ES: 0,09), p = 0,026. En controls la mitjana inicial (0,464 €), (ES: 0,087) i als 180 dies (0,559 €) (ES: 0,095). Conclusions: La teràpia neural podria ser una bona teràpia per millorar el dolor dels pacients amb gonartrosi, minimitzant la despesa farmacèutica i efectes secundaris.

Paraules clau: teràpia neural, artrosi de genoll, dolor, atenció primària, costos sanitaris.

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.

INTRODUCCIÓ

L'artrosi és la causa més important de discapacitat entre els ancians del món occidental. Segons l'estudi EPISER[1] la seva prevalença a Espanya en els majors de 20 anys és d'un 10,2% per artrosi de genoll, i en els majors de 60 anys, la prevalença d'artrosi simptomàtica de genoll ascendeix al 30%. Els tractaments realitzats habitualment són diversos i complexos[2], i solen comportar grans esforços en recursos humans i econòmics, com ara consum de fàrmacs, mesures d'higiene postural, dietètiques, rehabilitació, recomanacions d'exercici físic moderat, derivacions a altres nivells assistencials. A més, malgrat els esforços realitzats, sovint persisteixen els símptomes de la malaltia, amb el conseqüent impacte sobre la qualitat de vida dels pacients.

Tenint en compte la tendència a la cronificació de la patologia, així com els efectes adversos dels fàrmacs que es recepten en Atenció Primària, podria ser útil determinar l'eficàcia de tractaments alternatius que puguin desenvolupar els professionals d'atenció primària. Una d'aquests tractaments podria ser la teràpia neural (TN), tècnica utilitzada en altres països com Alemanya, Àustria o Suïssa on s'han realitzat estudis que mostren l'eficàcia de la teràpia neural en pacients amb dolor crònic[3,4], La TN és una senzilla tècnica dins de les teràpies complementàries; i encara que des de fa 10 anys es realitza un Curs d'Introducció a la TN al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i un Màster en Teràpia Neural al Campus Sant Joan de Déu de Barcelona (actualment amb títol de la Universitat de Barcelona i amb crèdits europeus), encara no és molt coneguda en el nostre àmbit assistencial. És més utilitzada en països com Alemanya, Àustria o Suïssa.

La irritació associada els processos de dolor crònic de les articulacions amb artrosi pot interferir en la funció reguladora del sistema nerviós i la TN pretén, precisament, restablir aquesta funció reguladora. En síntesi, la TN consisteix a aplicar injeccions d'un anestèsic local (AL), generalment procaïna al 0,5 o 1%, en els punts del sistema nerviós on es considera que pot haver-hi una irritació del mateix. L'AL en baixes concentracions i petites dosis neutralitza la irritació neural, tenint un efecte que molt més durador que el seu efecte farmacològic. És important ressaltar que aquesta tècnica no té cap intenció anestèsica sinó reguladora de les funcions neurals sobre els teixits. La pell és un òrgan ricament innervat, especialment de fibres vegetatives, i un element important dels arcs reflexos que engloben les estructures musculoesquelètiques i espinals. En la majoria d'ocasions, les injeccions neuralterapèutiques es realitzen en zones

de la pell on el pacient refereix el dolor i les seves irradiacions. Sovint això es produeix en cicatrius que poden estar alterant les funcions de les fibres nervioses que contenen, en zones hipersensibles que reflecteixen una irritació o inflamació d'un altre element del mateix arc reflex (múscul, tendó, fàscia, os, etc.) o prop de ganglis del sistema nerviós vegetatiu (SNV)[5].

És freqüent la dissociació clínic / radiologia en artrosi, com el fet que amb l'edat avanç més en unes persones que altres. Això podria ser almenys en part explicat per les teories que justifiquen el funcionament de la TN. Així per exemple la teoria de la comporta de Melzack i Wall[6,7], explica la modulació de la percepció del dolor. Segons aquest model, les fibres nervioses somàtiques (gruixudes) i les vegetatives (primes) tenen una comunicació amb les cèl·lules de la substància gelatinosa, en l'asta posterior de la medul·la espinal, responsable de l'amplificació (fibres primes) i la disminució (fibres gruixudes) dels senyals de dolor. Amb la TN l'agulla estimula les fibres gruixudes i l'AL desactiva les fibres primes. Ambdues tanquen la porta; trenquen el cercle viciós. Una altra hipòtesi seria que amb la TN tractem de restaurar els potencials elèctrics en la membrana cel·lular dels nociceptors que després de ser excessivament estimulats s'altera el seu potencial de repòs de la membrana cel·lular sent més susceptible a percebre el dolor. A més la TN tracta de restablir el SNV qui al seu torn, regula el sistema circulatori: d'aquesta manera les cèl·lules es mantenen sanes gràcies a rebre nutrients, oxigen, aigua i s'elimini correctament productes de rebuig. Amb aquesta teràpia es pretén tractar sobre factors causants de l'artrosi i no només la conseqüència, com fan els analgèsics. L'artrosi ens planteja reptes a tractar de disminuir les seves conseqüències negatives en la població com són la cronicitat, el dolor i la impotència funcional.

Amb aquest treball tractem de valorar l'eficàcia de la TN en relació a aquesta patologia. Concretament, aquest estudi té com a objectiu principal determinar si disminueix el dolor en els pacients en els que realitzem TN de manera significativament major que en els tractats amb teràpia convencional i com a objectius secundaris avaluar si la despesa farmacèutica estimat en termes monetaris, és més o menys en uns o altres pacients.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny:

Assaig Clínic controlat no aleatoritzat. Estudi comparatiu i multicèntric.

Mostra:

Obtinguda de 7 diferents CAP de la província de Barcelona de gener a desembre de 2013 de per mostreig consecutiu.

Subjectes d'estudi:

Criteris d'inclusió:

La població diana de l'estudi són totes aquelles pacients de sexe femení diagnosticades d'artrosi amb dolor crònic (almenys 3 mesos d'evolució) i amb 65-85 anys.

Criteris d'exclusió:

- Pacients diagnosticades amb qualsevol altra patologia associada a la zona afecta d'artrosi que estudiem.
- Pacients amb malalties reumàtiques.
- Pacients amb deteriorament cognitiu que no siguin capaços de seguir el tractament.

- Pacients que no signin el consentiment informat per participar en l'estudi.
- Pacients que presentin al llarg de l'estudi esdeveniments que puguin interferir en l'evolució del dolor, pàg. exemple: accidents que impliquin lesions sobreafegides a la patologia que estem estudiant.
- Pacients amb patologia psiquiàtrica greu i presentin amb brots aguts, així com brots de M reumàtiques (sistèmiques).
- Pacients amb fibromiàlgia o miastènia gravis.
- Pacients al·lèrgics als anestèsics locals.
- Pacients amb problemes de metabolització dels fàrmacs com insuficiències renals avançades (FG <30).
- Pacients amb cardiopaties severes o hipertensions resistents.
- Pacients que segueixen tractament a la clínica del dolor.

Mida de la mostra

Utilitzant la fórmula per a la comparació de mitjanes entre dos grups i comptant amb una potència del 99% per detectar diferències en el contrast de la hipòtesi, mitjançant una Prova T-student unilateral per a dues mostres independents, amb un nivell de confiança del 95%, assumint que la mitjana de la diferència en l'EVA del grup de referència respecte a la diferència mitjana del grup experimental podria ser clínicament rellevant de 2 unitats i la desviació estàndard de la variable de referència de tots dos grups és d'1, 68 (segons bibliografia[8]) caldrà incloure 26 pacients en el grup de referència i 26 pacients en el grup on es realitzarà tractament convencional; total 52. Tenint en compte, que el 20% de la mostra podria no ser vàlida (*missing*, manca de seguiment) concloem que la mostra seria de 31 pacients per grup: 62 pacients en total.

Tècnica de mostreig: Es va realitzar un mostreig consecutiu per reclutar les pacients necessàries fins a arribar al total de mostra a través dels centres d'Atenció Primària on es diagnostiqui gonartrosi que provoca dolor crònic i que compleixin els criteris d'inclusió i no d'exclusió, definim la primera pacient que detectem el primer dilluns de cada mes, i en cas que en un dilluns no la trobéssim seguiríem buscant l'endemà de consulta fins que la trobem. Havien investigadors que van realitzar teràpia convencional únicament (4 professionals) i investigadors que a més de la teràpia convencional realitzaven també teràpia neural (4 professionals), així doncs no hi va haver una assignació aleatòria a un grup o un altre (intervenció o control), sinó que depenia si l'investigador que detectava, i incloïa els pacients realitzaria una o altra possibilitat terapèutica. Durant el reclutament dels pacients lliurem el full de consentiment informat a les pacients en iniciar l'estudi. Prèviament a iniciar l'estudi dels facultatius que participessin van consensuar l'actitud terapèutica estandarditzada a la qual van afegir teràpia neural segons siguin pacients del grup experimental o no.

Realitzem la següent actitud terapèutica per consens entre el grup d'investigadors col·laboradors:

1. Utilitzem l'escala l'Escala visual analògica (EVA) per decidir el tractament farmacològic segons l'escala del dolor de l'OMS:

A) En pacients amb dolor fins a 3 d'EVA (3 inclòs) podem receptar paracetamol (a dosis analgèsiques 1 gr cada 8 h) o Aines.

B) Per EVA de més de 3 fins al 7 (7 inclòs), paracetamol o AINE afegint tramadol o codeïna.

C) Per EVA superiors a 7 es pot afegir al tractament anterior opioides majors.

D) En cas que el facultatiu ho considerés oportú podria realitzar infiltracions de corticoides i / o anestèsics locals i / o factors de creixement o àcid hialurònic.
2. A més lliurem a totes les pacients el full d'informació de la CAMFiC sobre gonartrosi que inclou exercicis de rehabilitació i informació sobre la gonartrosi.
3. En cas d'obesitat deixem a criteri del metge el fet de realitzar consell i seguiment de dietes d'aprimament.
4. També va quedar a criteri del metge si fer més o menys proves complementàries i òbviament les derivacions a altres especialistes que cregui oportunes.
5. Es va haver de sol·licitar Rx per classificar grau d'artrosi ja que es va fer per criteris clínic-radiològics.

Descripció de les intervencions:
1. Grup control: van rebre el tractament convencional en les nostres consultes d'atenció primària prèviament estandarditzat pels metges que participen en l'estudi. Descrit en l'anterior apartat.
2. Grup intervenció: el tractament convencional se li afegia teràpia neural.
La teràpia neural consisteix a administrar injeccions d'un anestèsic local en baixes concentracions i petites dosis en les zones on es considera que pot haver irritacions a les fibres nervioses després de realitzar la història de vida del pacient. Per simplificar l'estudi, vam decidir injectar procaïna 1% en els punts en els quals el pacient refereix dolor, especialment a nivell subcutani, ia nivell més profund en alguns casos que es va considerar necessari, exceptuant els pacients descoagulados en què només es va injectar a nivell subcutani. En cas de millora parcial es va poder realitzar: dos, tres o fins a 4 tandes separades cadascuna per almenys 2 setmanes. Facultatius formats i amb experiència en la matèria van ser els que van implementar la tècnica i van recollir les dades en el nostre full de recollida de dades. Vam decidir fer teràpia local, que seria injectar l'AL només a la zona on expressa simptomatologia, en les nostres pacients, al/-s genoll/-s. Però si així ho considera el facultatiu, també tractarà d'una manera segmental, injectant a les cicatrius del genoll i els seus voltants. I en el cas que no milloressin suficient en les següents visites, tractarem de cercar el/-s camp[7]/-s interferent/-s a distància. El camp interferent és el teixit crònicament alterat que produeix, per via neural, afeccions i malalties a distància[9].

Variables
- Edat.
- Per Al dolor: l'Escala Visual Analògica previ a les intervencions o la inclusió en l'estudi i en les 2 setmanes, 2 mesos i els 6 mesos.
- Nombre d'articulacions afectes (si la dreta o l'esquerra o les dos i si té més artrosi en altres localitzacions) i grau d'afectació d'aquestes per criteris clínic-radiològics (no afectació = 0, lleu = 1, moderada = 2, o greu = 3).
- Disminució de despesa farmacològica: per entrevista al pacient previ a les intervencions o la inclusió en l'estudi (en els controls) i en les 2 setmanes, 2 mesos i els 6 mesos.
Totes les variables foren mesures gràcies a l'entrevista clínica i per història clínica.

Anàlisi
Per valorar la comparabilitat de les dues mostres, en primer lloc es va testar estadísticament la significació de les diferències de valors mitjans d'edat, temps d'evolució del dolor al/-s genoll/-s, severitat de la gonartrosi, EVA i despesa farmacèutica en el moment inicial del tractament. Aquests tests es van realitzar mitjançant proves paramètriques no

aparellades (F de Fisher) en aquells casos en què es van validar les assumpcions d'aquestes proves; en el cas concret del temps d'evolució del dolor es va haver d'optar pel test no paramètric U de Mann-Whitney.

La diferència relativa en l'evolució dels valors d'EVA al llarg del període de seguiment es va analitzar mitjançant Models Lineals Generalitzats (GLM) de mesures repetides on la llista de variables dependents correspondre a les 4 mesures consecutives d'EVA (T0, T15, T60 i T180) i la variable predictora va ser el tipus de tractament (Teràpia neural o control). Per avaluar la significació estadística de la potencial diferència entre l'evolució temporal de la mesura d'EVA dels pacients segons el seu tractament es va analitzar en concret la interacció entre la variable tractament i l'evolució temporal de les dades d'EVA temporalment aparellats. El mateix procediment estadístic es va utilitzar per a l'anàlisi dels canvis temporals de despesa farmacèutica al llarg del període de seguiment dels pacients. Totes les anàlisis es van realitzar amb el paquet estadístic Statistica 8.0.

RESULTATS

Partim de que van ser inclosos en la recollida de dades 58 pacients de l'estudi: 28 van ser casos (se'ls va realitzar teràpia convencional prèviament estandarditzada + TN) i 30 van ser controls (només teràpia convencional prèviament estandarditzada). D'ells 44 (20 controls i 24 casos) van presentar les dades completes en les 4 visites de seguiment realitzades i són en els que s'han realitzat les anàlisis.

Les dades descriptives d'aquesta mostra són: Tal com es pot constatar a la **taula 1**, les variables: edat mitjana, severitat de la gonartrosi, EVA mitjana inicial, i despesa farmacològica inicial van ser comparables per a les dues mostres inicialment. La variable: mesos d'evolució del dolor per gonartrosi va ser superior amb diferències estadísticament significatives per als controls.

Taula 1. Comparació entre els casos i controls de l'estudi a l'inici de l'estudi.

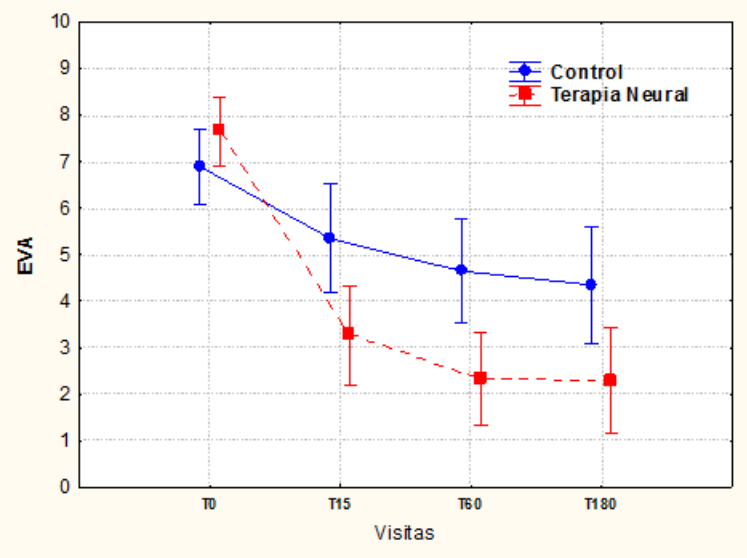
Variable	Media (D. E.) casos	Media (D.E.) controles	Estadístic	Probabilitat
Edat (anys)	70,96 (10,53)	75,2 (7,85)	F (1,42)=2,21	P=0,144
Temps d'evolució del dolor (meses)	25,58 (20,46)	55,95 (40,41)	U=143,00	P=0,022
Severitat de la gonartrosi	2,04 (moderada); (0,62)	2,14 (moderada), (0,57)	F(1,42)=0,347	P=0,560
EVA inicial	7,67 (1,79)	6,90 (1,87)	F(1,42)=1,985	p=0,166
Despesa farmacològica en euros diari inicial	0,532 (0,364)	0,464 (0,415)	F(1,42)=0,179	p=0,674

Es van realitzar proves paramètriques no aparellades concretament F de Fisher per testar la comparabilitat de totes variables. En la variable temps d'evolució del dolor es va haver d'optar pel test no paramètric U de Mann-Whitney.

Si analitzem l'evolució de la variable principal de l'estudi i comparem els dos grups i observem la **figura 1** on destacaríem que en ambdós grups hi ha un descens significatiu en aquest indicador de l'evolució del dolor, sobretot a la primera visita de seguiment als 15 dies, més marcat en el grup d'intervenció que en els casos i aquesta diferència es manté de forma estadísticament significativa (F (3, 126) = 8,4909, p = 0,00004) en les següents visites als 60 i 180 dies , ja que partint d'EVA mitjana de 7,66 i 6,9 en casos i controls respectivament, en la visita inicial, va descendint fins a ser de 2,29 i 4,35 respectivament en la darrera visita de l'estudi als 180 dies. La diferència en nombres absoluts seria de 2,06. Dit d'una altra manera: comporta un descens del 70,1% en els casos i del 36,9% en la visita als 180 dies respecte de l'EVA inicial. Gairebé el doble en el grup d'intervenció. Una altra forma d'expressar el mateix seria: que la diferència mitjana en els casos va ser: 7,66-2,29 = 5,37 i en els controls de 6,9-4,35 = 2,55 el que en nombres absoluts ens indica que 5,37-2,82 = 2,82 de diferència de la diferència mitja després d'iniciar l'estudi. Si analitzem la despesa farmacèutica veiem a la **figura 2** que partint d'una despesa semblant a l'inici de l'estudi aquesta despesa es manté al llarg de les visites en el grup control mentre que descendeix significativament en el grup dels casos. F (3, 120) = 3,2013, p = 0,026. En els casos a la visita inicial partim d'una mitjana de despesa farmacèutica diària de 0,416 € (ES: 0,08) i en la visita als 180 dies va ser de 0,196 (ES: 0,09), mentre que en els controls partim d'una despesa diària mitjana de 0,464, (ES: 0,087) i en la visita als 180 dies de 0,559 € (ES: 0,096). En realitzar el càlcul la mitjana de la despesa diària al llarg dels 180 dies després de la visita d'inclusió, per als casos la xifra és: 0,178 € i en els controls és: 0,544 €, la diferència d'aquests dos valors va ser: 0,366 €, i fou el estalvi per pacient i dia. Si comptem 180 dies seria un estalvi de 65,875 € en 6 mesos per cada pacient, per cada 20 pacients seria: 1.317,51 €. Encara que com veiem a la gràfica fa l'efecte que aquesta tendència es manté en el temps.

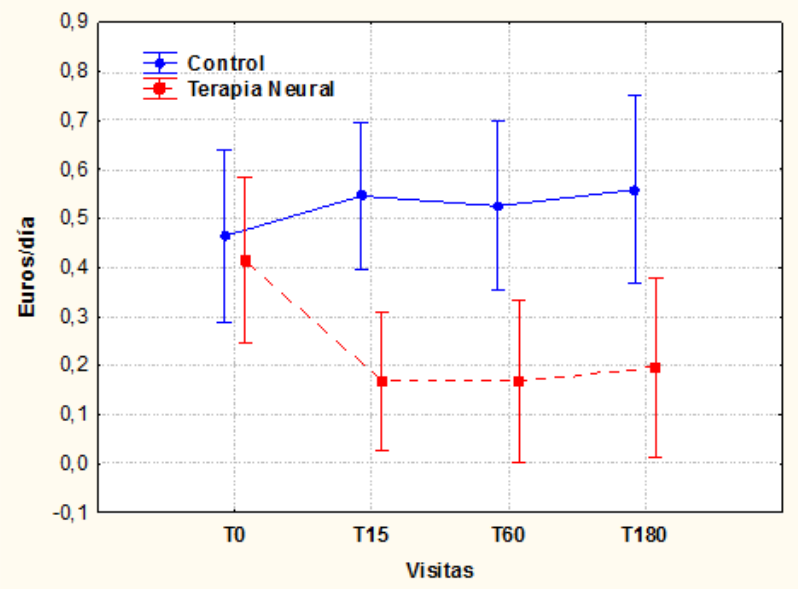
Hem d'explicar que no hem comptabilitzat en aquest despesa farmacèutica diari les infiltracions, (per ser tractament no diari) que van ser realitzades en el grup control quan així ho va creure oportú el metge/-ssa de família o bé pel traumatòleg a qui es van derivar els pacients pel seu metge de família. Van ser un total de 6 infiltracions intrarticulares. En concret hi va haver 2 pacients als quals es va posar una sola infiltració i 2 pacients en els quals es va posar dos infiltracions. Aquestes infiltracions van ser altament cares ja que els facultatius que les van realitzar van decidir utilitzar àcid hialurònic o factors de creixement. En 2 pacients es va afegir corticoides i en els altres casos no. Això afegiria un cost addicional en els casos de 300 * 6 = 1.800 €. Tampoc està comptabilitzat la despesa per la procaïna utilitzada en els casos. Tenint en compte totes les tandes realitzades (una mitjana de 2,79 de tandes per cada cas) serien un total de 67 tandes en què es va utilitzar una ampolla de procaïna a l'1%: en aquest casos la despesa farmacèutica a afegir als controls va ser de 67 * 1,64 € = 109,88 €. En cap cas (de les pacients en els quals es va realitzar la intervenció) es va realitzar cap infiltració amb corticoides ni altres fàrmacs excepte la teràpia neural en cas que aquesta no funcionés tal i com sí es va fer en un altre treball com presentem en un altre article d'aquesta mateixa revista[10].

Figura 1. Comparació de l'EVA en les visites successives en casos i controls.



Cada punt representa el valor mitjà de l'EVA i el segment vertical representa l'interval de confiança del 95%. F (3,126) = 8,4909. P = 0,0004.

Figura 2. Comparació de la despesa farmacèutica en les visites successives en casos i controls. F (3, 120)=3,2013, p=0,02583



DISCUSSIÓ

Hi ha algunes limitacions en el nostre estudi ja que no es tracta d'un assaig clínic:

no hi ha ni aleatorització en la realització o no de la TN com tampoc no hi ha cec en qui va recollir ni va analitzar les dades. A més de tractar-se d'una mostra petita, i una altra limitació va ser que en els controls hi havia un temps d'evolució de la gonartrosi més llarg. Tenint en compte aquestes consideracions sí que podem afirmar que van ser comparables quant a edat de les pacients, severitat de l'artrosi, EVA inicial i despesa farmacèutica inicial. I a la llum dels nostres resultats veiem com els pacients en els quals es va utilitzar la teràpia neural presenten una evolució del dolor substancialment millor que els controls tant estadísticament com clínicament significativa. Ja que recordem que havíem definit en el disseny del nostre estudi com clínicament rellevant trobar una millora d'un grup respecte a l'altre d'almenys 2 punts en l'EVA.

A més van presentar un notable estalvi en fàrmacs. Un altre indicador de bona evolució, a més aquest benefici creiem que no només és econòmic sinó també serviria per minimitzar efectes adversos que dels fàrmacs es deriven.

Últimament estem assistint a debats en els quals es posa en dubte l'eficàcia de les teràpies complementàries[11]. Amb aquest estudi tot i tenir en compte les limitacions ja enumerades, creiem que aportem uns resultats favorables a tenir present la teràpia neural com una possibilitat terapèutica que suma esforços en minimitzar la simptomatologia derivada de l'artrosi, en el nostre cas de la gonartrosi, sense privar a cap cas de les tècniques terapèutiques que puguem oferir als nostres pacients. Aquesta creiem que hauria de ser la perspectiva òptima del metge d'atenció primària tan obert i preparat per a integrar coneixements sobre múltiples disciplines de les diferents especialitats mèdiques com a integrar també en la seva actitud terapèutica les denominades teràpies complementàries. Aquestes ens poden ajudar implementar estratègies per racionalitzar l'ús dels recursos millorant equitat, eficàcia i eficiència en l'atenció primària i sobretot en el conjunt del sistema sanitari.

El desenvolupament tecnològic creixent, la subespecialització i el hospitalcentrisme ha promogut que s'hagi assolit elevada sofisticació de la medicina i pot donar resposta per realitzar diagnòstics i tractaments cada vegada més complexos. Però, aquesta medicina sovint s'allunya de les demandes de salut que realment són més freqüents. D'aquí per exemple, que en una malaltia tan freqüent com és l'artrosi existeix fins i tot termes mèdics: la famosa i freqüent dissociació clínic-radiològica. La radiografia o altres tècniques diagnòs-tiques més cares i complexes ens donen algunes dades sobre una estructura d'una determinada extremitat o articulació, que sovint mostra aquesta "dissociació" que tant "descol·loca" a pacients i metges, oblidant tots dos que el dolor no es veu en la prova complementària sinó en el que manifesta el pacient segons múltiples variables, que estan en aquest organisme viu que així s'expressa. A més, hi ha evidències que l'increment en la complexitat i el cost dels sistemes sanitaris no es reflecteix en el grau de salut de la població atesa. Hi ha el sentiment creixent que qualsevol prova és millor que la simple valoració mèdica, o que la tècnica última a aparèixer és millor que les ja existents, i això comporta la pèrdua de valors com la relació metge-pacient[12-13]. Vivim submergits en una economia de consum ja que impera en el nostre món el capitalisme: cosa que imposa "una forma de viure que sembla haver guanyat la partida". La creença que invertir recursos com més millor i com més cars serà més

eficaç, està en la perspectiva de la nostra societat i no escapen d'ella ni pacients, ni metges, ni gestors dels serveis de salut[14]. Això li assigna al pacient un lloc passiu en què sembla que només pot aspirar a aconseguir o no els més cars i "millors" recursos, ja sigui en mètodes diagnòstics o terapèutics. Encara que també últimament estem assistint a moviments d'índole civil, política i social que estan relacionats amb tractar de tenir més consciència que els individus no hem de ser passius en seguir en els engranatges de la societat de consum sense més. Com dins del nostre àmbit la medicina de família s'està divulgant l'anomenada prevenció quaternària, que seria desitjable una assistència sanitària menys perjudicial[15]. Creiem que les teràpies complementàries ens poden ajudar a entendre que el pacient no té aquest lloc tan passiu en els processos terapèutics, sinó que hauria de saber que ell qui té el paper més important en la seva curació i nosaltres amb tècniques subtils li podem ajudar a generar processos que li permetin retrobar l'equilibri que per diversos motius va perdre i va expressar en forma en aquest cas de dolor i / o pèrdua de la funció. Amb les teràpies complementàries i en concret amb la TN nosaltres només vam realitzar un petit estímul, (i a més de baix cost), que ajudi a desencadenar aquestes diferents reaccions que els organismes vius poden realitzar per retrobar el seu equilibri. Redescobrir aquest fet pot fer que els MF tinguem un paper decisiu en un canvi real de perspectiva del sistema sanitari. Però aquest canvi s'hauria d'acompanyar de canvis en la consciència no només en la consulta, també en el cada dia de la nostra societat.

CONCLUSIONS

Els pacients en què es va utilitzar la teràpia neural presenten una evolució del dolor substancialment millor que els controls tant estadísticament com clínicament significativa. A més van presentar un notable estalvi en fàrmacs. Amb la conseqüent minimització dels efectes adversos que poden condicionar els fàrmacs.

Altres treballs ja referenciats en altres apartats d'aquest article (vegeu referència 3, 4, 8 i 10) amb dissenys de treballs prospectius, ja ens indicaven que per al dolor crònic la teràpia neural podria ser una opció terapèutica eficaç. En el nostre treball, tot i les limitacions ja comentades, els nostres resultats suggereixen la constatació de l'eficàcia d'aquesta tècnica en el dolor crònic secundari a la gonartrosi. Serien necessaris més treballs similars a aquest.

Agraïments

Els autors volen expressar el seu agraïment abans de res als pacients que van participar, també als "I Ajuts a la Recerca en artrosi CAMFiC i Bioibérica 2012" que va finançar la beca per dipositar en el nostre grup investigador la seva confiança. També a Sergi Herrando per la seva col·laboració en l'anàlisi de les dades, a Andrés Patiño per ajudar en la correcció de la traducció a l'anglès de l'abstract i a David Vinyes per acompanyar, guiar i motivar per obrir camins a intentar millorar l'atenció als pacients gràcies a la teràpia 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."

Proverbi Ute

BIBLIOGRAFIA

1. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, et al. Grupo de Estudio EPISER. "Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumaticas 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 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 Atles 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 diffe¬rent 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/GrupsTreball/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.

***Autors:**

Olga Lóriz Peralta[1], Sandra Sabanich Flores[2], Cristina Oriol Zerbe[3], Maria Palacios Cuesta[4], Lucio Pinto Pena[5], Maria Diez-Caballero Murua[6], Vivian Grahit Vidosa[7], Antonio Nieto Maclino[8]

1. EAP Llefià 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