

Propuesta de modificación del algoritmo europeo de manejo de la lumbalgia inespecífica

Result of the neural therapy in lumbalgias

Dr. Roberto Medrano García ^I; Dr. C Ariel Varela Hernández ^{II}; Dra. Marlen de la Torre Rosés ^{III}; Lic. Rafael Mendoza Cisneros ^{IV}

I Especialista de II Grado en Neurocirugía. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba rmedrano@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de II Grado en Neurocirugía. Profesor Asistente.

III Especialista de II Grado en Anatomía Humana. Profesora Auxiliar.

IV. Licenciado en Ciencias Matemáticas. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

Fundamento: se entiende por lumbalgia inespecífica a aquel proceso de dolor lumbar en el que no se puede determinar la causa que lo produce. En el algoritmo publicado en la versión española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13 para el manejo de la lumbalgia inespecífica se recomienda la intervención neuroreflejo-terápica con grapas quirúrgicas en la piel de la espalda y punzones dérmicos en las orejas. **Objetivo:** evaluar la eficacia de la terapia neural en el tratamiento de lumbalgia inespecífica en sustitución de la técnica de reflexoterapia propuesta en dicho algoritmo. **Método:** se realizó un ensayo clínico abierto, multicéntrico y prospectivo, en 34 pacientes diagnosticados con lumbalgia inespecífica, entre abril y diciembre de 2007 en las Clínicas de Medicina Natural y Tradicional de la Universidad Médica Carlos J. Finlay y del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Se utilizaron instrumentos evaluativos como la Escala Analógica Visual para Lumbalgia y Cialgia, Cuestionarios de Oswestry y Roland-Morris para dolor y discapacidad por lumbalgia. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS aplicando técnicas confirmatorias. **Resultados:** se obtuvo una reducción de la Escala Analógica Visual para lumbalgia de 5,23 puntos y para cialgia de 3,88 puntos, el Oswestry arrojó una reducción del

36,1% en dolor y el Roland-Morris 11 puntos menos en discapacidad por lumbalgia que al inicio del tratamiento. **Conclusiones:** se demostró la eficacia de la terapia neural en la lumbalgia inespecífica por lo que se propone como método neuroreflejo terapéutico alternativo al originalmente propuesto en el algoritmo europeo y factible en nuestro contexto.

DeCS: ALGORITMOS; DOLOR DE LA REGION LUMBAR; TERAPEÚTICA; RESULTADO DEL TRATAMIENTO

ABSTRACT

Background: lumbar pain is a worldwide problem, and its consequences have reached outstanding proportions. In United States it is the first cause of physical disability and medical consultation. **Objective:** to determine the effectiveness of the neural therapy in the treatment of unspecific neuralgia. **Methods:** a multicentric and prospective open clinical trial was conducted, in thirty-four patients, diagnosed with unspecific lumbalgia, from April to December 2007. Evaluative instruments like the visual analog scale for Lumbalgia and Ciatalgia, specific quality of life questionnaires: Oswestry and Roland-Morris for pain and disability for lumbalgia respectively were used. For the information processing the statistical package SPSS for Windows was used and as statistical techniques, the arithmetic mean, and the typical deviation, Komolgorov-Smirnov and t-students tests. **Results:** thirty-four sick people were studied. A reduction of the visual analog scale for lumbalgia 5,23 points and for ciatalgia 3,88 points was obtained, the Oswestry showed a reduction of 36,1% in pain and the Roland-Morris 11 less points in disability for lumbalgia than at the beginning of the treatment. **Conclusions:** the effectiveness of the neural therapy was demonstrated in unspecific lumbalgia that is why it is propose as neuroreflextherapeutics method.

DeCS: ALGORITHMS; LOW BACK PAIN; THERAPEUTICS; TREATMENT OUTCOME

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia se podría definir como la sensación dolorosa circunscrita al área de la columna lumbar, teniendo como efecto final una repercusión en la movilidad normal de la zona, debido a la sensación dolorosa.

Antiguamente se creía que la lumbalgia se debía a sobreesfuerzos musculares o alteraciones orgánicas, como artrosis, escoliosis o hernia discal. Al paciente se le aplicaban pruebas radiológicas para confirmar la existencia de esas anomalías y el tratamiento de los episodios agudos consistía en reposo y analgésicos, si el dolor

desaparecía se recomendaba la protección de la espalda con el propósito de reducir la actividad física y en caso de persistir, se aplicaba la cirugía para corregir la eventual anomalía orgánica subyacente.¹

Los estudios científicos publicados en los últimos 15 años, demuestran de manera consistente que la mayoría de esos conceptos son erróneos y que el manejo clínico que los fundamentaban era más perjudicial que beneficioso. La mayoría de las alteraciones orgánicas de la columna vertebral son irrelevantes y no se correlacionan con la existencia de dolor. Por ejemplo, la artrosis vertebral es un fenómeno normal, del que es previsible observar signos radiológicos a partir de los 30 años, y no es causa de dolor, ni supone riesgo alguno. Se acepta actualmente que entre el 80 y 90% de las lumbalgias califican como inespecíficas.²⁻⁶

La terapia neural constituye un proceder terapéutico descrito por los hermanos Ferdinand y Walter Huneke desde el año 1925 y que se ha seguido practicando con éxito. La fascinación de esta terapéutica consiste en su amplio rango de aplicación en enfermedades agudas y crónicas, usándose solamente un anestésico local, por excelencia la procaína al 1%, una aguja y una jeringa para incidir en los mecanismos patológicos, de ahí su bajo costo. Con una aplicación correcta, la claridad y rapidez en la reacción en el organismo son sorprendentes, especialmente en los casos de las enfermedades y dolores funcionales; de esta forma la terapia neural ofrece amplias posibilidades en cualquier consulta, es de esperar que en el futuro una mayor cantidad de pacientes puedan ser beneficiados con esta terapia prácticamente libre de efectos secundarios y por ello hemos decidido como objetivo de este trabajo, evaluar su posible implicación como técnica neuroreflejo-terápica siguiendo el algoritmo de la versión española de la Guía de Práctica Clínica del programa europeo COST B13 para el manejo de la lumbalgia inespecífica.⁷⁻¹⁰

MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico abierto, multicéntrico y prospectivo, durante nueve meses (abril-diciembre de 2007), en las Clínicas de Medicina Natural del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" y la Universidad Médica "Carlos Juan Finlay" de Camagüey. El universo se conformó por los 34 pacientes que acudieron de forma secuencial en el período de tiempo señalado. La muestra coincidió con el universo.

Criterios de inclusión

- Pacientes con más de 18 años.

- Dolor por enfermedad mecánica del raquis lumbar de 14 o más días de duración y de intensidad igual o superior a tres en una escala analógica visual (EAV) (de cero a diez), excepto si el paciente cumplía criterios para ser remitido a cirugía: estenosis espinal sintomática o signos de sospecha de enfermedad del raquis de origen no mecánico.

Criterios de inclusión

- Pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y calificaron para la aplicación de técnica neuroreflejo-terápica siguiendo el algoritmo de la versión española Guía de Práctica Clínica del programa europeo COST B13 .

Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes bajo tratamientos farmacológicos (AINE, esteroides, analgésicos, vitaminoterapia).
- Pacientes portadores de enfermedades crónicas descompensadas.
- Los que tenían los criterios de cirugía expuestos previamente en "requisitos diagnósticos".

Criterios de fracaso terapéutico

Si después de iniciado el tratamiento se exacerbaron los síntomas del paciente o al llegar a la décima sesión terapéutica no se modificó el cuadro inicial.

Criterios de salida

- Pacientes que solicitaron salida voluntaria del estudio.
- Evidente falta de eficacia del tratamiento dado por el criterio de fracaso terapéutico (después de 10 sesiones de tratamiento).

Tratamiento

- Esquema de Tratamiento:
 - Raíz ciática bilateral.
 - Paravertebrales.
 - Proyección de articulaciones sacro ilíacas.
 - En pacientes con ciática significativa se añadieron los puntos V40, V60, E34, VB36, B6.

Los pacientes bajo estudio estuvieron libres del uso de medicamentos relacionados con su enfermedad que pudiera influir en los resultados del estudio. Se realizó

interrogatorio sistemático previo a cada sesión acerca de la advertencia de la abstención del uso de cualquier fármaco no autorizado por los participantes de la investigación.

Los instrumentos evaluativos utilizados fueron: Escala Analógica Visual (EAV) para Lumbalgia y Ciatalgia, Cuestionarios de Oswestry y Roland-Morris para dolor y discapacidad por lumbalgia, dichos datos fueron recogidos en una encuesta diseñada por el autor.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows y como técnicas estadísticas: la media aritmética, la desviación típica, dócima Komolgorov – Smirnov y la dócima t-students con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Con respecto al comportamiento de la media y su desviación estándar en los dos momentos de aplicación de los instrumentos evaluativos, se apreció que el promedio y la desviación estándar después de la aplicación de la terapia neural es inferior al inicial, de lo que se infiere que el tratamiento aplicado influye directamente en la disminución o eliminación tanto del dolor como de la incapacidad física en los pacientes. La evolución en la ciatalgia ofreció un valor promedio inicial es de 4,79 con una desviación estándar de 3,59 contra un promedio de 0,91 y una desviación estándar de 1,42 posterior a la aplicación del tratamiento propuesto. (Tabla 1)

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la terapia neural en pacientes con lumbalgia inespecífica

Parámetro	Media	Desviación estándar	Error estándar	Significación
Lumbalgia inicial"	6,85	2.134	.366	*
Lumbalgia final"	1,62	1.633	.280	
Ciatalgia inicial"	4,79	3.599	.617	*
Ciatalgia final"	0,91	1.422	.244	
Oswestry inicial	51,7	17.623	3.022	*
Oswestry final	15,6	11.386	1.953	
Roland-Morris inicial	16,5	3.744	.642	*
Roland-Morris final	5,5	3.449	.591	

Leyenda: "según escala analógica visual. * tiene significación estadística (n=34)

Fuente: Encuesta

La escala de lumbalgia de Oswestry evalúa la intensidad del dolor lumbar y se acepta por la Food and Drugs Administration que una variación mayor del 15% entre dos evaluaciones es significativa. En nuestra investigación la media de reducción porcentual del dolor lumbar fue mayor del 35%, lo que demuestra la eficacia del tratamiento.

El cuestionario o escala de Roland-Morris, sirve para determinar de manera fiable el grado de incapacidad física derivado de la lumbalgia inespecífica. Respecto a esto, la incapacidad física se define como la limitación en la realización de las actividades cotidianas.

En esta serie resulta evidente la drástica disminución de la incapacidad en los enfermos tratados, si se tiene en cuenta que una reducción mayor de 4 puntos se considera significativa de mejoría.

Para comprobar el comportamiento de la normalidad de los datos en los dos momentos de aplicación de los instrumentos, se aplicó la dócima Komolgorov - Smirnov arrojando la normalidad de los mismos, lo que nos indujo a poder aplicar la dócima t - students y determinar la existencia o no de diferencias significativas entre la evaluación inicial y final.

Al realizar el procesamiento estadístico con la dócima t – students, se constató en cada caso la existencia de diferencias significativas, lo que implica que los pacientes disminuyeron tanto el dolor como su incapacidad física demostrando la efectividad del tratamiento aplicado.

DISCUSIÓN

El dolor lumbar es un problema a nivel mundial, y sus consecuencias alcanzan proporciones relevantes. En EEUU es la primera causa de discapacidad física y de consulta médica.¹¹⁻¹⁴ Se calcula que la quinta parte de los pacientes afectados hará múltiples consultas, lo que incide en los altos costos que representa, en la aparición y desarrollo de una gran variedad de terapias y en la importancia de reconocer su etiopatogenia en la atención primaria de salud.¹⁵⁻¹⁸ En este contexto es muy importante determinar el verdadero rol de las diversas modalidades de tratamiento, ya que tienen diferencias importantes en cuanto a eficacia, complicaciones, costos y efectos sobre la actividad del individuo afectado.¹⁹⁻²²

Otra circunstancia importante a recalcar es el tiempo que se invierte en terapias de rehabilitación, lo que determina problemas de ausentismo laboral.²²⁻²⁵

El coste anual global que genera sólo la lumbalgia inespecífica equivale al 1,7% del producto interior bruto (PIB) en un país europeo, lo que en España suponía aproximadamente 9.500 millones de euros en 1999.²⁶⁻²⁸ Aunque el pronóstico de la mayoría de lumbalgias inespecíficas agudas es favorable por su tendencia a la resolución espontánea, los casos subagudos y crónicos presentan una evolución tórpida y ocasionan más del 85% de los costes globales. Pocos tratamientos utilizados en estos casos han demostrado su eficacia de acuerdo con unos estándares científicos adecuados.^{29, 30}

Cuando se habla de dolor lumbar inespecífico o lumbalgia inespecífica, se refiere a aquel proceso de dolor lumbar en el que no se puede determinar la causa que lo produce.³¹ La mayoría de los episodios agudos de lumbalgia inespecífica se deben inicialmente al mal funcionamiento de la musculatura y posteriormente a un mecanismo neurológico, en el que el factor esencial es la activación persistente de las fibras A y C, que desencadenan y mantienen el dolor, la contractura muscular y la inflamación. En los casos subagudos, este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios persistentes en las neuronas medulares, lo que trae como consecuencia la persistencia del dolor, la inflamación y la contractura, aunque se resuelva su desencadenante inicial. Finalmente, en los casos crónicos se suman factores musculares y psicosociales, que constituyen un círculo vicioso y dificultan la recuperación espontánea.

En la literatura especializada sobre Medicina Natural y Tradicional existen múltiples formas terapéuticas de abordar el dolor lumbar y se reportan mejorías anecdóticas libres de un análisis estadístico confiable.³²

La Fundación Kovacs de España, siendo partícipe en la elaboración de la versión española del programa COST B13, realizan múltiples publicaciones sobre el uso de la neuroreflejo terapia mediante grapas metálicas implantadas por 90 días a pacientes con lumbalgia subaguda y crónica citando resultados tales como "mejorar de tres a seis veces la efectividad e incrementar de seis a 22 veces la eficiencia del tratamiento de la lumbalgia inespecífica en el Sistema Nacional de Salud".^{33, 34}

Los resultados de este estudio permiten afirmar que la Terapia Neural, según el esquema propuesto, es eficaz para reducir, atenuar o eliminar las manifestaciones de lumbalgia inespecífica en los casos estudiados; lo cual, si bien no es aplicable a la generalidad de los pacientes, por no ser un estudio controlado y aleatorizado si nos acerca bastante a la realidad que a diario se observa en los enfermos.

CONCLUSIONES

Se demuestra que la inclusión de la Terapia Neural como método neuroreflexoterápico en el algoritmo de manejo de la lumbalgia inespecífica tiene la suficiente eficacia como para sustituir otras técnicas y así lograr mayor compatibilidad de dicho algoritmo con el contexto cubano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. *Semergen*. 2002; 28:1-3.
2. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de Práctica Clínica para la Lumbalgia Inespecífica [monografía en Internet]. Madrid: Complutense; 2005 [citado 21 ago 2009]. Disponible en: <http://www.REIDE.org>
3. Neira Q. Oscar. Manejo del Dolor Lumbar Crónico: Medicina Basada en la Evidencia. Curso Actualizaciones en Dolor e Inflamación en Reumatología. Chile: Sociedad Chilena de Reumatología; 2007.
4. Pellisé F, Balagué F, Rajmil L, Cedraschi C, Aguirre M. Prevalence of Low Back Pain and Its Effect on Health-Related Quality of Life in Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(1):65-71.
5. Pérez Guisado J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 2006; 20(2):71-96.
6. Postigo T R. Síndrome de Dolor Lumbar Crónico. *Rev Med Clin Condes*. 2007; 18(3):239-45.
7. Klinghardt D. Neural Therapy and the Brain. Lecture presented at the American Academy of Neural Therapy: "NeuralTherapy C: Treating the Brain"Seattle [serie en Internet]. 1998 dec [citado 21 ago 2009]; 12(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.Neuraltherapy.com/articles.asp>
8. Solórzano del Río HE. La efectividad de la Terapia Neural de Huneke. *Rev Dig Univ* [serie en Internet]. 2005 [citado 21 ago 2009]; 10(9):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.hector.solorzano.com/articulos/Huneke.html>
9. Machiavelli R. ¿Qué es la neuralterapia?. *Rev Cubana Ortop Traumatol* [serie en Internet]. 2005 [citado 21 ago 2009]; 15(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.terapianeural.com>

10. Vinyes D. Terapia Neural. Rev Cubana Ortop Traumatol [serie en Internet]. 2005 [citado 21 ago 2009]; 9(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.terapianeural.com>
11. Alvadalejo C. Lumbalgia. Acta Ortop Castellano-Manch [serie en Internet]. 2006 [citado 21 ago 2009]; 45(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.doloweb.com>
12. Bermejo T, Madruga JM, Espejo L, Barriga A. Tratamiento del dolor lumbar crónico de origen facetario mediante rizolisis percutánea. Acta Ortop Castellano-Manch. 2005; 6:52-7.
13. Bogduk N. Evidence-informed management of chronic low back pain with facet injections and radiofrequency neurotomy. Spine J. 2008; 8: 56-64.
14. Carretero M. Dolor crónico intenso. Nuevas perspectivas en el tratamiento. OFFARM. 2008; 27(2):85-6.
15. Cassidy JD, Cote P, Carroll L, Kristman V. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. Spine. 2005; 30(24):2817-23.
16. Friebem C H, Willweber-Strumpf A, Zenz M. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. BMC Public Health [serie en Internet]. 2009 [citado 21 ago 2009]; 24(9):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/299>.
17. Gerdle B, Björk J, Cöster L, Herniksson KG, Herniksson C. Prevalence of widespread pain and associations with work status: a population study. BMC Musculosk Dis. 2008; 102(9):1-10.
18. Guajardo J, Plancarte R. Manejo Intercencionista del Dolor Crónico. Rev Dig Univ. 2006; 7(4):2-6.
19. - Mallen C, Peat G, Thomas E. Severely disabling chronic pain in young adults: prevalence from a population-based postal survey in North Staffordshire. BMC Musculosk Dis. [serie en Internet]. 2005 [citado 21 ago 2009]; 6(42):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/6/42>
20. Medina-Gutiérrez AA, Hernández-Santos JR, Tenopala S, Torres JC, Rivera G. Uso de la estimulación espinal en pacientes con dolor crónico intratable en la Clínica del Dolor C:M:N "20 de Noviembre" del ISSSTE. Nuestra experiencia. Rev Soc Esp Dolor. 2008; 2:94-103.
21. Neville A, Peleg R, Singer Y, Sherf M, Shvartzman P. Chronic pain: a population-based study. Isr Med Assoc J. 2008, 10:676-80.
22. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria. Rev Soc Esp Dolor. 2006; 5: 287-93.

23. Parsons S, Breen A, Foster NE, Letley L, Pincus T. Prevalence and comparative troublesomeness by age of musculoskeletal pain in different body locations. *BMC Musculosk Dis.* 2007 jun; 8(40):235-47.
24. Robaina FJ. Situación actual de la cirugía de la columna vertebral degenerativa aplicada al manejo del dolor lumbar crónico. Estenosis de canal. Discopatía degenerativa, resultados basados en el evidencia científica. *Rev Soc Esp Dolor.* 2006; 3:167-72.
25. Wittink H, Carr DB. Outcomes and Effective Pain Treatment. *Pain Clin Updates.* 2008; 16(1):1-4.
26. Kovacs FM, Fernández C, Cordero A, Muriel A, González-Luján L. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC Health Services Research.* 2006; 6:57-61.
27. Magna P, Granados JA, Sáez M. Lumbalgia. *JANO.* 2002; 63(1451):45-9.
28. Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. *Ava Reuma Salamanca* 2003; 10(55):1-23.
29. Vintimilla LC, Apablaza D, Villanueva P, Torrealba G, Tagle P. Análisis crítico del tratamiento del dolor lumbar. *Cuader Neurol.* 2001; 25:1-6.
30. Castro Dono M, Louro González A. Lumbalgia. *Guías Clínicas [serie en Internet].* 2002 [citado 21 ago 2009]; 2(15):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
31. Humbría A, Carmona L, Ortiz AM, Peña JL. Tratamiento de la lumbalgia inespecífica: ¿qué nos dice la literatura médica?. *Rev Esp Reumatol.* 2002; 29:494-8.
32. Burton G. *Medicina Alternativa.* California: Future Medicine Publishing; 1999.
33. Delgado López PD, Rodríguez Salazar A, Castilla Diez JM, Martín Velazco V, Fernández Arconada O. Papel de la cirugía en la enfermedad degenerativa espinal. Análisis de revisiones sistemáticas sobre tratamientos quirúrgicos y conservadores desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia. *Neurocirugía.* 2005; 16:142-57.
34. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Salway S, Bouter LM. Muscle relaxants for nonspecific low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine.* 2003; 28(17):1978-92.

Recibido: 11 de noviembre de 2009

Aprobado: 19 de mayo de 2010

Dr. Roberto Medrano García. Email: rmedrano@finlay.cmw.sld.cu