

**Ingeborg B.C. Korthals-deBos (investigador), Jan L. Hoving (investigador), Maurits W. van Tulder (investigador veterano), Maureen P M H Rutten-van Mólken (investigador veterano), Herman J. Adèr (bioestadístico), Henrica C.W. de Vet (profesor en clinimetrías), Bart W. Koes (profesor de práctica de Investigación General), Hindrik Vondeling (investigador veterano) y Lex M. Bouter (profesor de Epidemiología): “Bajos costos en los cuidados de el dolor de cuello por practicantes generales, terapia manual y fisioterapia: una evaluación económica junto con una prueba controlada al azar”. Instituto de Investigación en Medicina Extramural, Centro Médico Universitario VU (Van der Boechorststraat, Países Bajos), Instituto para la Valoración Tecnológica Médica, Universidad Erasmus (Rotterdam, Países Bajos), y Departamento de Práctica General, Centro Médico Erasmus (Rotterdam, Países Bajos). Correspondencia a : I.B.C. Korthals-de Bos [ibc.korthals-de: bos.emgo@med.vu.nl](mailto:ibc.korthals-de_bos.emgo@med.vu.nl).**

## RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar el bajo costo de la Fisioterapia, la Terapia Manual y la Medicina General para pacientes con dolor de cuello.

**Diseño:** Una evaluación económica junto con una prueba controlada al azar.

**Escenario:** Cuidado principal

**Participantes:** Se tomaron a 183 pacientes con dolor de cuello como mínimo por dos semanas, de las consultas de 42 practicantes generales. Los pacientes se asignaron al azar a tres grupos diferentes de terapia manual (n=60 movilización vertebral), fisioterapia (n=59), y mayormente, ejercicios o el cuidado del practicante general (n=64, asesoramiento, educación, y drogas).

**Principales medidas resultantes:** Los resultados clínicos fueron considerados en cuanto a recuperación, intensidad del dolor, discapacidad funcional y calidad de vida. Los costes directos e indirectos fueron medidos a través del coste diario que tuvieron los pacientes durante un año. Se evaluaron las diferencias en el promedio de costes entre grupos, bajos costes, y costes en relación de utilidad, aplicando técnicas sin parámetros ni compromisos establecidos.

**Resultados:** El grupo de terapia manual mostró una mejora mas rápida que el grupo de fisioterapia y que el grupo de cuidados de los practicantes generales hasta las 26 semanas, pero las diferencias fueron insignificantes en el seguimiento hasta la semana 52. El coste total de la terapia manual (447€ 273 Libras; \$402) fue al rededor de un tercio del coste de la fisioterapia (1297€) y el cuidado del médico general (1397€). Estas diferencias fueron significativas:  $P < 0.01$  para terapia manual frente a fisioterapia, y terapia manual frente al cuidado del practicante general, y  $P = 0.55$  para el cuidado del practicante general frente a la fisioterapia. La relación del bajo coste y la relación de utilidad en el coste mostraron que la terapia manual fue menos costosa económicamente y más efectiva que la fisioterapia y el cuidado del médico generalista.

**Conclusión:** La terapia manual (movilización vertebral) es más efectiva y económicamente menos costosa para tratar el dolor de cuello que la fisioterapia o la medicina general.

---

**¿Qué es lo que ya se sabe sobre este tema?**

El coste de tratar dolor de cuello es considerable. Las intervenciones conservadoras son habituales, como son las drogas con prescripción, más aun su efectividad en el coste no ha sido evaluada.

Hasta ahora, ninguna prueba de tratamiento conservador al azar para el dolor de cuello ha incluido una evaluación económica.

**¿Qué agrega este estudio?**

La terapia manual es más efectiva y de más bajo costo que la fisioterapia o el cuidado médico general para tratar el dolor de cuello.

Los pacientes bajo terapia manual obtienen una recuperación mas rápida que aquellos bajo otras intervenciones.

---

## INTRODUCCIÓN

El dolor de cuello es una condición común, afectando alrededor de un sexto de los hombres y un cuarto de las mujeres en los Países Bajos. Los problemas de cuello no ponen la vida en peligro, pero causan dolor y rigidez, y a menudo obligan a la utilización de recursos varios para el cuidado de la salud, obligan al absentismo laboral y desembocan en la discapacidad.

El coste total del dolor de cuello en los Países Bajos está estimado en \$686m al año (Libra 437m y 540€m, según los costes de 1996). Por lo tanto hay una necesidad de determinar la intervención económica más efectiva para el dolor de cuello.

Muchas intervenciones conservadoras están disponibles para el tratamiento del dolor de cuello, incluyendo analgésicos recetados por médicos generalistas, fisioterapia, y terapias manuales.

Se cuenta con poca información disponible de pruebas controladas al azar sobre la efectividad de estos tratamientos.

En este estudio realizamos una evaluación económica junto con una prueba de control al azar, a fin de evaluar los bajos costes de la terapia manual, fisioterapia y la medicina general para pacientes con dolores de cuello no específicos.

Otra parte recoge una evaluación de los efectos clínicos a corto plazo.

## MÉTODOS

### Selección de la muestra

Cuarenta y dos médicos generales escogieron pacientes en 1997 y 1998. Los médicos fueron seleccionados al azar de un grupo de médicos generalistas. El criterio

incluido fue dolor de cuello por lo menos por dos semanas (confirmado durante un examen físico al comienzo), 18-70 años de edad, y la buena voluntad de cooperar con el tratamiento y las medidas de seguimiento. El criterio de exclusión fue Fisioterapia y Terapia Manual para dolor de cuello en los seis meses previos, cirugía en el cuello, o una causa específica para el dolor de cuello (por ejemplo, algo maligno, fractura, inflamación). Los pacientes idóneos dieron su permiso por escrito después de un examen físico y una valoración inicial.

Nuestra medida de ejemplo se basó en la habilidad para detectar una diferencia clínicamente importante de 25% en la recuperación percibida entre los grupos. Estimamos que 60 pacientes en cada grupo daría lugar a un poder del 80% y un  $\alpha$  del 5%.

Un asistente administrativo asignó a ciegos pacientes a uno de los tres grupos de intervención usando una tabla de secuencia generada por computador al azar. Asignó pacientes a cada uno de los tres grupos, cerrado en un sobre opaco sellado, de modo que quedaron asignados en la base de bloques al azar (bloque tamaño 6), después de la preclasificación en función de la severidad de síntomas (0-6 puntos de baja severidad, 7-10 puntos alta severidad), la edad (<40 años, >40 años) y, por razones prácticas, el centro de investigación (4).

## **Intervenciones**

Dentro de los límites del protocolo, cada método de tratamiento podía ser adaptado a las condiciones del paciente. A los pacientes se les permitió hacer ejercicios en casa y continuar con los medicamentos que ellos ya estaban tomando al principio o tomar medicamentos sin prescripción durante las 6 semanas del periodo de intervención. Se incluyó educación del paciente en cada intervención.

### Terapia manual

La terapia manual consistió en una gama de intervenciones, incluyendo técnicas manuales (movilización muscular, coordinación o estabilización). La movilización vertebral fue definida como movimiento pasivo de baja velocidad adentro o al límite del movimiento articular total. No se proporcionaron técnicas de manipulación vertebral de baja amplitud y alta velocidad. Quiroprácticos, osteópatas y fisioterapeutas usan técnicas de manipulación y movilización. En esta prueba, la terapia manual fue aplicada por seis terapeutas manuales certificados que habían seguido una formación mínima de tres años en terapia manual después de su formación en fisioterapia. Se fijaron tratamientos de sesiones de 45 minutos una vez a la semana, con un máximo de 6 sesiones.

### Fisioterapia

La Fisioterapia fue aplicada por cinco fisioterapeutas y consistió en terapia de ejercicios individualizados, incluyendo activos y posturales, o ejercicios de relajación estiramiento y ejercicios funcionales. Los masajes adicionales y tracción manual fueron opcionales, pero se desestimaron técnicas de movilización manual específicas (reservadas al grupo de terapia manual). Se fijaron sesiones de tratamiento de treinta minutos de duración fueron dos veces a la semana, con un máximo de 12 sesiones.

## Medicina general

Los cuidados de los 42 médicos generales consistieron en cuidados estandarizados aplicados por estos médicos. Fueron opcionales las visitas de seguimiento de 10 minutos, una cada cuatro noches. Los consejos consistieron en discutir el pronóstico y los factores que agravaron la situación, el cuidado personal (aplicaciones de calor, ejercicios en casa), y condiciones ergonómicas. Los pacientes fueron también motivados para que esperaran recuperación espontánea. Además los pacientes recibieron un librito educativo. En los casos en los que fue necesario, se prescribieron drogas como paracetamol o drogas anti-inflamatorias sin esteroides, pero solamente en ocasiones de forma esporádica.

## Resultados

Los resultados clínicos fueron recogidos como recuperación, intensidad de dolor, discapacidad funcional y utilidad.

Los pacientes valoraron su recuperación recibida en una escala de valores de seis puntos desde "muy malo" a "completamente recuperado" comparado con el principio. Esta escala fue usada para estimar el porcentaje de pacientes con un resultado triunfador, el cual fue definido como "muy recuperado" o "completamente recuperado."

La medida del dolor durante la siguiente semana fue indicada por el paciente en una escala de 11 puntos.

La condición funcional fue medida de acuerdo al índice de discapacidad del cuello, una que comprende 10 asuntos de las actividades de la vida cotidiana, con cinco puntos de calificación.

La utilidad fue medida con el EuroQol. Los efectos de las primeras medidas resultantes fueron expresadas como diferencias dentro de cada grupo de intervención entre el principio y las 52 semanas. La recuperación percibida fue valorada como el porcentaje de pacientes con un resultado favorable.

Las medidas resultantes fueron valoradas al principio y en las semanas 3, 7, 13 y 52 después de la selección. En el seguimiento de la semana 26, los pacientes recibieron una tarjeta cuestionario en vez de atender a una cita. Se les pidió no revelar su tratamiento al asistente investigador (experimentados terapeutas manuales y fisioterapeutas). Después de cada valoración, al asistente investigador se le pidió adivinar el tratamiento asignado y que estableciera las razones para su presunción.

Los costes fueron recolectados desde un punto de vista social. Los pacientes completaron un diario de costes por 52 semanas. Los costes directos del tratamiento de la salud fueron: el coste de la terapia manual, fisioterapia, o cuidado de un médico general: visitas adicionales a otros proveedores de la salud, medicamentos, cuidado profesional a domicilio y hospitalización. Los costes directos del tratamiento no relacionados con la salud incluidos los gastos de porcentajes de la compañía de seguro, costes de ayuda pagada y no pagada, y gastos de transporte. También estaban incluidos los costes de pérdida de productividad debido a absentismo del trabajo o días de

inactividad para pacientes con o sin trabajo pagado. La tabla 1 provee una vista general de los costes. Los costes de los medicamentos fueron estimados considerando los precios cobrados por la Royal Dutch Society para farmacias.

**Tabla 1.** Costes aplicados en la evaluación económica del tratamiento de pacientes con dolor de cuello.

Costes	Coste (€)
<b>Costes directos de salud:</b>	
Médico general ( $\leq 20$ min visita)*	16.60
Terapeuta manual ( $\leq 45$ min visita) <sup>†</sup>	25.90
Fisioterapeuta ( $\leq 30$ min visita)*	18.15
Citas externas del paciente*	40.85
Hospitalización (per day)*	235.95
Ejercicios del Terapeuta (Cesar o Mensendieck) (por visita)*	17.70
Cuidados profesionales a domicilio (por hora)*	22.70
<b>Costes directos, no de salud:</b>	
Terapeuta alternativo (por visita) <sup>‡</sup>	27.20
Cuidados en casa (por hora)*	7.94
Ayuda de cónyuges o amigos (por hora)*	7.94
Desplazamientos (por km)*	0.11
<b>Costes indirectos</b>	
Absentismo de trabajo pagado (por día) <sup>§</sup>	—
Absentismo de trabajo no pagado (por hora)*	7.94

€1.00=£0.60, \$0.90.

\* Guía de precios de acuerdo a las normas danesas

<sup>†</sup> Tarifa de la Organización Central de Holanda para Gastos de Salud

<sup>‡</sup> Precios de acuerdo a la Asociación profesional

<sup>§</sup> Costes indirectos por trabajo pagado calculado de acuerdo a las bases del salario base de la población holandesa, según edad y sexo.

El estudio calcula los costes indirectos por trabajo pagado usando el enfoque de costes de fricción (periodo de fricción de 122 días) basado en la medida de ingresos de la población holandesa de acuerdo al sexo y la edad. Por trabajo sin remunerar, como por ejemplo el trabajo de casa, los costes fueron estimados a un bajo precio de 7.94€ la hora.

El análisis fue hecho de acuerdo con la intención de tratar los principios. Se usaron las dificultades para una comparación prudente por parejas con la medida de los costes

entre grupos. Los intervalos de confianza para las medidas diferentes entre costes se obtuvieron por presunción de dificultades corregidas y aceleradas (500 reproducciones). El bajo costo y los valores de coste de utilidad también fueron calculados con dificultades (5000 reproducciones) de acuerdo con la predisposición corregida del método porcentual, usando los resultados clínicos. Los pares de efectos-costes dificultados fueron gráficamente representados en un plano de bajos costes. Las curvas de aceptabilidad fueron calculadas, y mostraron la probabilidad de que un tratamiento sea de bajo coste en una proporción máxima.

## RESULTADOS

Los 183 pacientes fueron designados al azar a Terapia Manual (60 pacientes), Fisioterapia (59), y cuidados de Medicina General (64). En total, 178 pacientes (97%) completaron el seguimiento del estudio por un año. Todos los datos de los pacientes que se retiraron de la prueba fueron incluidos en el análisis hasta el momento que se retiraron, después de lo cual nosotros se usó el termino medio del grupo para completar los datos que faltaban. Igualmente, los términos medios del grupo sustituyeron ocasionalmente valores que faltaban. Los datos de coste completos estaban disponibles para 56 (93%) pacientes en el grupo de Terapia Manual, 56 (95%) en el grupo de Fisioterapia, y 61 (95%) en el grupo de cuidados de médicos generales. Al principio, se encontraron pocas diferencias en los factores de pronóstico entre los tres grupos (tabla 2). Escasamente influidos por los resultados, se presentaron solamente las diferencias entre las intervenciones.

**Tabla 2.** Características generales de los pacientes designados a terapia manual, fisioterapia o medicina general para el dolor de cuello. Los valores son números (porcentajes) de pacientes, a menos que se indique otra cosa.

<b>Resultado de la medida</b>	<b>Terapia manual (n=60)</b>	<b>Fisioterapia (n=59)</b>	<b>Cuidados médicos generales (n=64)</b>
Edad (en años)	44.6 (12.4)	45.9 (11.9)	45.9 (10.5)
Mujer	34 (57)	41 (70)	36 (56)
En trabajo pagado	47 (78)	42 (71)	46 (72)
Duración del dolor de cuello:			
2-6 semanas	29 (48)	27 (46)	32 (50)
7-12 semanas	13 (22)	15 (25)	20 (31)
≥13 semanas	18 (30)	17 (29)	12 (19)
Dolor de cuello previo	38 (63)	35 (59)	46 (72)
Tratamiento	42 (70)	34 (58)	

previo para el dolor  
de cuello

### Efectos de las intervenciones

La Terapia Manual fue el tratamiento más efectivo. La velocidad de recuperación después de siete semanas en el grupo de Terapia Manual, en el grupo de Fisioterapia y en el grupo de Medicina General fue 68%, 51% y 36%, respectivamente. El número necesitado para tratar fue 3 -esto es, uno de cada tres pacientes referido a Terapia Manual tendría una recuperación completa en las siete semanas, comparado con pacientes referidos a médicos generales. Este porcentaje se mantuvo estable en el grupo de la Terapia Manual durante el periodo siguiente, mientras que los dos, el grupo de Fisioterapia y el grupo de Medicina General, mostraron un pequeño aumento en el ritmo de recuperación después de 52 semanas. Las diferencias en los ritmos de recuperación entre grupos fueron estadísticamente significativas después de 26 semanas, pero no en 52 semanas (tabla 3). Las diferencias en la intensidad del dolor fueron pequeñas pero estadísticamente significativas entre el grupo de Terapia Manual y el grupo de Fisioterapia a las 52 semanas. Las diferencias en los resultados referentes a la discapacidad en los seguimientos a largo plazo fueron mínimas, y no fueron estadísticamente significativas. Las reacciones adversas a corto plazo, menores y benignas, como dolores de cabeza, dolor y hormigueo en las extremidades superiores y mareos, fueron más frecuentes en pacientes bajo cuidados de Terapia Manual y Fisioterapia que por el cuidado de médicos generales. Once pacientes (18%) que recibieron Terapia Manual registraron un aumento en el dolor de cuello justo después del tratamiento.

**Tabla 3.** Mejora en la primera medida de resultados después de 52 semanas

Medida de resultados	Principales (SD) efectos			Diferencia (95% CI)		
	Terapia Manual	Fisioterapia	Medicina General	Terapia Manual y Fisioterapia	Terapia Manual y Medicina General	Fisioterapia y Medicina General
Recuperación percibida	71.7 (43)	62.7 (37)	56.3 (36)	9.0 (— 7.9 to 25.8)	15.4 (—1.3 to 32.1)	6.5 (—10.9 to 23.8)
Intensidad del dolor*	4.2 (2.4)	3.1 (2.9)	4.1 (2.9)	1.2 (0.1 to 2.1)	0.1 (— 0.8 to 1.1)	—1.0 (— 2.0 to 0.002)
Disabilidad funcional <sup>†</sup>	7.2 (7.5)	6.3 (8.0)	8.5 (7.4)	0.9 (— 1.9 to 3.6)	—1.4 (—4.1 to 1.3)	—2.2 (— 5.0 to 0.5)
Utilidad	0.82 (0.13)	0.79 (0.14)	0.77 (0.16)	0.03 (—0.04 to 0.09)	0.05 (—0.01 to 0.11)	0.02 (— 0.04 to 0.09)

\* Diferencias en efectos principales dentro de cada intervención entre el comienzo y las 52 semanas.

### Utilización de los cuidados de salud y absentismo laboral

La tabla 4 muestra la utilización de los recursos del cuidado de la salud en los diferentes grupos. Los números de tratamientos de Terapia Manual y Fisioterapia fueron significativos en el grupo de cuidado por Medicina General, y la mayoría de estas sesiones tuvo lugar después del periodo de intervención. Durante el siguiente periodo de 52 semanas relativamente más pacientes (41/64; 64%) en el grupo de Medicina General tomó medicamentos de prescripción comparados con pacientes en el grupo de Terapia Manual (22/60; 37%) o el grupo de Fisioterapia (23/59; 39%). En total, 37% de los pacientes en el grupo de Terapia Manual tomó medicamentos vendidos sin receta comparado con casi 50% de los pacientes de los dos grupos, el grupo de Fisioterapia y el grupo de Medicina General. Solamente nueve pacientes informaron de la utilización de otros recursos de cuidado de la salud como radiografías y cuidado profesional a domicilio. Durante la prueba, sólo dos pacientes fueron hospitalizados por dolor de cuello -uno por exámenes neurológicos adicionales (grupo de Fisioterapia) y otro por hernia al disco cervical (grupo de Medicina General), mientras seis visitaron a un quiropráctico.

Solamente 9 pacientes en el grupo de Terapia Manual informaron de baja laboral, en trabajos remunerados, debido a dolor de cuello, frente a 12 pacientes en el grupo de Fisioterapia y 15 pacientes en el grupo de Medicina General. La ausencia en el trabajo no remunerado se dio en 11 pacientes en el grupo de Terapia Manual, 18 pacientes en el grupo de Fisioterapia, y 15 pacientes en el grupo de Medicina General.

**Tabla 4.** Utilización de los recursos de cuidados de la salud y absentismo laboral, según grupos de intervención, durante el seguimiento de las 52 semanas. Valores

<b>Tipo de utilización</b>	<b>Terapia Manual (n=60)</b>	<b>Fisioterapia (n=59)</b>	<b>Medicina General (n=64)</b>
Medicina General (Nº de visitas)*	0.5 (1.3)	0.7 (1.3)	3.0 (1.6)
Terapia Manual (Nº de sesiones)*	7.3 (4.4)	1.5 (3.0)	7.2 (9.2)
Fisioterapia (Nº de sesiones)*	1.2 (3.3)	14.7 (11.1)	3.0 (6.3)
Cuidados del Médico Especialista (Nº de visitas externas)	0.2 (0.7)	0.7 (2.3)	0.4 (1.1)
Cuidados profesionales a domicilio (horas)	0 (0)	0.3 (2.1)	0.1 (1.1)
Ayuda de cónyuges o amigos (horas)	3.2 (9.1)	14.0 (63.6)	6.4 (23.8)

Absentismo en trabajos remunerados (días)	1.3 (4.1)	7.5 (31.4)	10.4 (30.1)
Absentismo en trabajos no remunerados (días)	5.4 (14.9)	23.8 (85.1)	15.7 (51.3)

\* Incluye números medios de visitas conforme al protocolo del ejercicio profesional

### Costes

La Tabla 5 muestra las cifras (desviaciones normales) de coste por cada intervención. Los costes directos del cuidado de la salud en los grupos de Terapia Manual y Fisioterapia consistieron principalmente en los costes de la intervención del tratamiento. El grupo de cuidado por médicos generales mostró un aumento en la utilización de Terapia Manual, Fisioterapia y medicamentos después del periodo de intervención. El coste total en el grupo de Terapia Manual fue alrededor de un tercio del coste en los grupos de la Fisioterapia y cuidados de médicos generales. Los costes totales, directos e indirectos, fueron significativamente más bajos en el grupo de Terapia Manual que en los grupos de Fisioterapia y cuidado por médicos generales (tabla 5).

**Table 5.** Cifras (desviaciones normales) de coste total (€) y diferencias en el coste total (95% intervalos de confianza) durante el seguimiento por 52 semanas por tres intervenciones por dolor de cuello.

Costes	Principales (SD) costes totales			Diferencia en costes totales principales (95% CI)		
	Terapia Manual (n=60)	Fisioterapia (n=59)	Medicina Geenral (n=64)	Terapia Manual y Medicina General	Terapia Manual y Fisioterapia	Fisioterapia y Medicina General
Costes de Salud Directos	222 (141)	390 (353)	316 (473)	-94 (-342 to -9)	-168 (-264 to -84)	74 (-83 to 196)
Costes Directos No de Salud	50 (139)	127 (509)	74 (213)	-24 (-95 to 34)	-77 (-315 to 7)	53 (-41 to 262)
Costes Directos Totales	271 (222)	517 (677)	390 (544)	-119 (-290 to -4)	-246 (-498 to -115)	127 (-79 to 352)
Costes Indirectos	177 (447)	780 (2999)	989 (2788)	-812 (-1998 to -280)	-603 (-2076 to -116)	-209 (-921 to 1245)

Costes	447	1297 (3475)	1379	-932	-850	-82 (-
Totales	(525)		(3104)	(-1932 to -283)	(-2258 to -239)	1063 to 1446)

€1.00=£0.60, \$0.90.

### Análisis en la disminución del coste y utilidad del coste

La tabla 6 presenta la proporción entre disminución de los costes y utilidad de costes de los tres comparados. La figura 2 muestra el plano de la disminución de costes por intensidad de dolor cuando se comparan los grupos de Terapia manual y Fisioterapia. El gráfico representa 5000 réplicas que muestran por sí solas la relación en la disminución de costes en la intensidad del dolor comparando la Terapia Manual con la Fisioterapia. Los pares más afectados por el coste (98%) están ubicados en el cuadrante de abajo a la derecha sugiriendo que la Terapia Manual es dominante sobre la Fisioterapia -esto es, la Terapia Manual está asociada con una mejoría más grande del dolor y bajos costes. Los planos de bajos costes mostraron dominancias similares de la Terapia Manual sobre la Fisioterapia en recuperación y calidad de vida (con la mayoría de las relaciones por sí solas en el cuadrante bajo derecha, 85% y 87%, respectivamente).

**Table 6.** Proporción de los bajos costes y la utilidad del coste (€) percibidas por la recuperación, intensidad del dolor, incapacidad funcional y utilidad para el dolor de cuello.

Medida de resultados	Terapia Manual: Medicina General	Terapia Manual: Fisioterapia	Fisioterapia: Medicina General
Recuperación percibida (%)	Terapia Manual -6041	Terapia Manual -9488	Fisioterapia -1265
Intensidad del dolor* (0-10 scale)	Terapia Manual -6652	Terapia Manual -757	Medicina General 83
Disabilidad Funcional* (Índice de discapacidad en el cuello; 0-50)	Medicina General 682 <sup>†</sup>	Terapia Manual -967	Medicina General 36
Utilidad* (EuroQol; 0-1)	Terapia Manual -15 505	Terapia Manual -31 144	Fisioterapia 2688

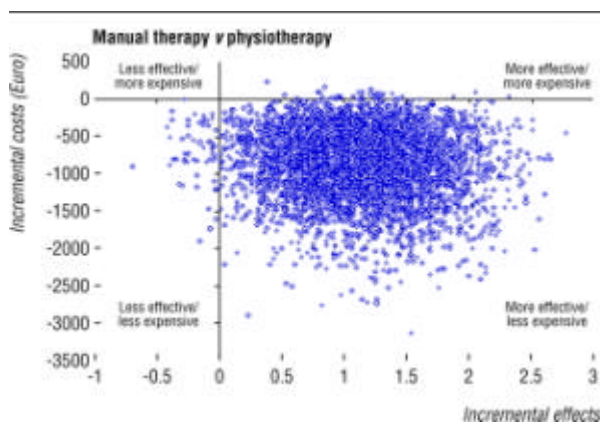
€1.00=£0.60, \$0.90.

\* Valores más altos indican resultados más favorables.

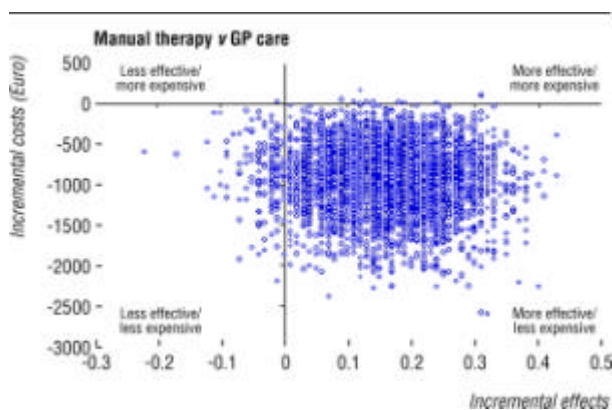
<sup>†</sup> Costes €682 para obtener mejora de uno de los puntos de intensidad

del dolor.

También, se percibió una similitud en un plano por los bajos costes de la Terapia Manual sobre el cuidado del médico general en recuperación y calidad de vida percibida (96% y 97%, respectivamente, en las proporciones por sí solas en el cuadrante bajo derecho; fig. 3). Los planos de bajos costes por Terapia Manual por intensidad del dolor e incapacidad funcional mostraron porcentajes similares de proporción en los dos cuadrantes bajos, lo cual confirma que no hubo diferencia en estas medidas resultantes entre la Terapia Manual y el cuidado del practicante general, pero coste más bajo por Terapia Manual.



**Fig 2.** Plano de los bajos costes de la intensidad del dolor después de la Terapia Manual o Fisioterapia para el dolor de cuello.



**Fig 3.** Plano de los bajos costes por la recuperación percibida después de la Terapia Manual o el cuidado de un médico general para el dolor de cuello.

No se encontraron diferencias significativas en los costes y efectos entre la Fisioterapia y el cuidado de un médico general, y los planos de bajos costes para esta comparación confirman estas conclusiones. La curva de aceptabilidad para la intensidad del dolor comparando Terapia Manual con Fisioterapia muestra que a la relación tope

de cero todavía hubo un 98% de probabilidades que la Terapia Manual fuera de coste bajo.

### **Análisis de sensibilidad**

Solamente dos pacientes (en los grupos de Fisioterapia y Medicina General) fueron admitidos en hospital. Estos pacientes fueron excluidos del análisis de sensibilidad (sin mostrar datos). En este análisis las medidas del coste disminuyeron en los dos grupos de terapia, pero esto no tuvo impacto significativo en los diferentes datos estadísticos entre grupos.

## **DISCUSIÓN**

La Terapia Manual para el dolor de cuello fue de coste más bajo que la Fisioterapia o cuidado médico. La Terapia Manual tuvo un coste significativamente más bajo y levemente más efectiva a las 52 semanas comparado con Fisioterapia y Medicina General. Las medidas clínicas resultantes muestran que la Terapia Manual resultó en una recuperación más rápida que la Fisioterapia y que el cuidado de médicos generales hasta la semana 26.

Los costes directos del cuidado de la salud fueron, tal y como se esperaba, más altos durante el periodo de intervención. El número de pacientes en el grupo de médicos generales que visitó un terapeuta manual fue alto. Un reciente estudio mostró que médicos generales en los Países Bajos refieren la mayoría de los pacientes con dolor de cuello a fisioterapeutas en vez de terapeutas manuales. Una posible explicación por el alto número de pacientes referidos a terapeutas manuales puede ser que los pacientes y practicantes generales que participaron en este estudio estaban mejor informados acerca de las posibilidades de la Terapia Manual como una alternativa a la Fisioterapia.

Revisiones sistemáticas de pruebas en tratamientos conservadores por dolor de cuello agudo, subagudo y crónico provee poca evidencia de que un tratamiento sea más efectivo que otro. Algunas evidencias han demostrado que manteniéndose activo es beneficioso y que ejercicios activos son más efectivos que modalidades pasivas como el masaje, calor y tracción. Pruebas en dolor de cuello varían en calidad de la metodología, estudios de población, intervenciones, referencias de los tratamientos y medidas resultantes, llevando a los que realizan la revisión a concluir que no solo un tipo de tratamiento puede ser más favorable que otro.

Ninguna de las pruebas al azar evaluando tratamientos conservadores para el dolor de cuello publicadas hasta ahora incluyen una evaluación económica. Un estudio, comparando Quiropráctica y Fisioterapia para pacientes con dolor en la parte baja de la espalda y dolor de cuello, incluía las medidas de coste pero no condujo a una evaluación económica completa. Nuestra evaluación económica, paralela a una prueba al azar controlada pragmática, demostró que la Terapia Manual tiene más bajos costes que la Fisioterapia y que la Medicina General en el tratamiento de dolor de cuello no específico.



## **NOTAS**

### **Financiación**

Organización para la Investigación Científica de los Países Bajos (904-66-068) y el Consejo Financiero para la Investigación Médica del Seguro de Salud (OG95-008).

### **Intereses competentes**

No declarados

### **Aprobación Ética**

El Comité Médico de Éticas de la VU Centro Médico Universitario aprobó protocolo del estudio.